

Catharina Janner

**Brukeropplevelser av individuell
musikkterapi i et hjemmebasert
kommunalt tilbud for psykisk helse**



Brukeropplevelser av individuell
musikkterapi i et hjemmebasert
kommunalt tilbud for psykisk helse

Masteroppgave i musikkterapi

Catharina Janner

Norges Musikkhøgskole

Våren 2018

Sammendrag

Denne masteroppgaven utforsker tre brukeres opplevelser av musikkterapi ved en kommunal avdeling for psykisk helse og avhengighet, organisert innenfor hjemmebaserte tjenester. Brukerne var brukere av avdelingens tilbud innen psykisk helse. Musikkterapien ble etablert som et praksissamarbeid mellom avdelingen og musikkterapistudiet på Norges musikkhøgskole. Prosjektets hovedmålsetting var å se hva musikkterapien tilbøy brukerne av opplevelser innenfor denne konteksten, da hjemmebasert musikkterapi fortsatt er et relativt lite utforsket felt i Norge per i dag. Høsten 2017 deltok brukerne på minst seks individuelle musikkterapisesjoner samt på et avsluttende semi-strukturert intervju. Musikkterapien besto av aktiviteter som ble formet ut fra brukernes ønsker og behov, samt samtaler om temaer som oppsto fra musikkaktivitetene.

Denne kvalitative studien er strukturert som et ”instrumental embedded single case”. Både sesjoner og intervjuer ble tatt lydopptak av, transkribert og analysert med bruk av Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Studiens resultater er delt opp i tre kategorier: 1) *Musikkopplevelser*, 2) *Autonomi og relasjon* og 3) *I møte med egne evner*. Avslutningsvis drøftes kategoriene samlet og diskuteres ut ifra konteksten av hjemmebaserte tjenester.

Emneord: musikkterapi, hjemmebasert, kommune, psykisk helse, individuell, relasjonell tilnærming, ressursorientert, empowerment, recovery.

Antall ord: 21 854

Participants' experiences of individual music therapy in a home based municipal department within mental health services

Abstract

This master thesis explores three participants' experiences of home based music therapy, at a municipal department for mental health and addiction. The participants were clients at the department's mental health services. The music therapy was established as a work experience project, in collaboration between the municipal department and the Norwegian Academy of Music. The main goal was to explore what experiences the music therapy offered the participants in this specific context, since it still is a relatively unexplored field in Norway today. During the fall semester of 2017, the participants had at least six individual music therapy sessions each, as well as a semi-structured interview after the music therapy was finished. The music therapy consisted of activities formed out of the participants wishes and needs, and dialogues around themes emerging from the music activities.

This is a qualitative study, formed as an instrumental embedded single case. Both the sessions and the interviews were recorded, transcribed and analyzed using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). The results are divided into three categories: 1) *Music experiences*, 2) *Autonomy and relationships* and 3) *Meeting one's abilities*. In the end, the categories are collectively discussed and linked to the context of home based services.

Keywords: music therapy, home based, municipal, mental health, individual, relational approach, resource oriented, empowerment, recovery.

Forord

Prosessene i dette masterprosjektet har vært lange, utfordrende, og utrolig utviklende. Det har vært et privilegium å ha hatt en praksis som ligger til grunn for skrivearbeidet, det har gitt meg et engasjement og fokus som jeg er veldig takknemmelig for. Før vi går videre til selve oppgaven, vil jeg nevne noen som har vært svært viktige for meg i denne prosessen.

Jeg vill starte med å takke kommunen som tok meg imot i praksis og lot meg prøve vingene mine som musikkterapeut. For vist interesse for faget og hjelp med rekruttering av deltakere. Også takk til ressurscenteret som engasjert seg i prosjektet, lånt ut instrumenter og invitert meg inn så fort jeg har hatt en liten luke i timeplanen. Spesielt takk til min praksisveileder ved avdelingen, for initiativet til dette prosjektet, og for gode og lærerike veiledningssamtaler.

Takk til Rita, for at du gav meg tilliten til å gjennomføre dette prosjektet. Takk for ditt store engasjement, gode innspill i praksisen og tro på meg som musikkterapeut gjennom hele prosessen. Takk Gro for at du har latt meg ta del av din store faglige og akademiske kompetanse, og for dine beroligende, oppmuntrende ord når jeg har trengt dem.

Takk til Sandrina som gjorde en grundig innsats for språket i oppgaven.

Tack mamma, pappa och Carolina för att ni alltid hejar på mig, och alltid tar er tiden att lyssna. Speciellt tack till mamma som har korrekturläst och varit tillgänglig dygnet runt för emotionellt stöd de sista veckorna av den här processen. Och tack Halvor, för att du hela tiden har hejat, stöttat och diskuterat, trots att du har haft ditt eget masterprojekt att jobba med.

Og først og fremst; tusen, tusen takk til brukerne som har gjort dette prosjektet mulig. Takk for at dere ærlig og modig har gått inn i musikken sammen med meg, og delt deres tanker og opplevelser i musikkterapien. Det har vært en stor ære å få bli kjent med dere.

Til sist, tusen takk til deg som leser oppgaven!

Catharina Janner

Drammen, 7. mai 2018

Litteraturliste

1. Innledning	1
1.1. Oppgavens tema og problemstilling	1
1.2. Oppgavens formål	2
1.3. Oppgavens disposisjon	3
2. Teori	4
2.1. Verdigrunnlag - Et humanistisk perspektiv	4
2.2. Teoretiske perspektiver	4
2.2.1. Musikk	5
2.2.2. Ressursorientert musikkterapi	5
2.2.3. En relasjonell tilnærming	6
2.3. Kommunale tjenester for psykisk helse - Sammen om mestring	7
2.3.1. Brukerperspektivet	8
2.3.2. Empowerment	8
2.3.3. Recovery	8
2.3.4. Knyttet til dette prosjektet	9
2.4. Litteratursøk: Hjemmebasert musikkterapi og psykisk helse	9
2.4.1. Kunnskapsoversikt	10
3. Musikkterapeutisk tilnærming	15
4. Forskningsdesign og metode	18
4.1. Kvalitativt forskningsdesign	18
4.2. Fortolkende fenomenologi	19
4.2.1. Fenomenologi	19
4.2.2. Hermeneutikk	20
4.2.3. En forening av fenomenologi og hermeneutikk	20
4.3. Casestudie	21
4.4. Fremgangsmåter og prosedyrer	22
4.4.1. Bakgrunn for prosjekt	22
4.4.2. Rekruttering av informanter	22
4.4.3. Datainnsamling	23
4.4.4. IPA-analyse	24
4.5. Etikk	26
4.6. Metodekritikk	28

5. Resultater	29
5.1. Musikkopplevelser	30
5.1.1. Indre opplevelser	30
5.1.2. Musikk og forandring	32
5.2. Autonomi og relasjon	33
5.2.1. Jeg	33
5.2.2. Vi	34
5.3. I møte med egne evner	37
5.3.1. Usikkerhet	37
5.3.2. Mestringsfølelse	38
6. Drøfting	39
6.1. Musikkopplevelser	39
6.2. Autonomi og relasjon	43
6.3. I møte med egne evner	47
7. Avsluttende drøfting: Et utvidet identitetsrom gjennom musikk	49
8. Avslutning	56
8.1. Implikasjoner for praksis og veien videre	56
8.2. Oppsummering	58
Litteraturliste	59
Vedlegg	66

1. Innledning

Denne masteroppgaven er produktet av et forskningsprosjekt gjennomført i perioden 2016-2018. Prosjektet startet som et praksisprosjekt ved en norsk kommunal avdeling for psykisk helse og avhengighet¹, som var initiativtakere til prosjektet, i samarbeid med Norges musikkhøgskole. Kommunen og avdelingen er anonymisert av hensyn til brukerne som har vært deltakere i forskningen.

Prosjektet startet med en praksisperiode, der undertegnede etablerte og gjennomførte et musikkterapitilbud for interesserte brukere i vår- og høstsemesteret 2017. I hele prosessen fikk jeg tett oppfølging av en psykolog ansatt ved avdelingen, samt en musikkterapeut på Norges musikkhøgskole. I vårsemesteret etablerte jeg et musikkterapitilbud på avdelingen, og ble kjent med avdeling og brukergruppe. I høstsemesteret fortsatte tilbudet samtidig som datamateriale til forskningsprosjektet ble samlet inn. Denne oppgaven presenterer resultatene fra analysen av dette datamaterialet, og redegjør for forskningsprosessen på veien dit.

Musikkterapien som ligger til grunn for datamaterialet er ukentlige, individuelle musikkterapitimer. Avdelingen der praksisen ble gjennomført er en del av kommunens enhet for hjemmebaserte tjenester, og det var derfor naturlig å tilby musikkterapien hjemme hos brukerne. Tre brukere deltok i musikkterapi høsten 2017, to av dem fikk tilbudet hjemme, og en kom til avdelingen for musikkterapitimer. Det er disse tre som er informanter til denne oppgaven. Informantene er voksne personer som var allerede aktive brukere av tilbudet på avdelingen for psykisk helse, som hadde en interesse av musikk, med forskjellige diagnoser og utfordringer. Alle informanter hadde minst seks musikkterapitimer i løpet av høsten. Gjennom denne oppgaven vil de bli benevnt som ”brukere”, da dette var termen som ble brukt ved avdelingen.

1.1. Oppgavens tema og problemstilling

Temaet for dette forskningsprosjektet er ”Brukeropplevelser av individuell musikkterapi i et hjemmebasert kommunalt tilbud for psykisk helse”. Ut ifra dette har er følgende problemstilling formulert:

¹ Siden brukerne i dette prosjektet ikke er tilknyttet tilbud mot avhengighet, vil dette ikke være en del av oppgaven.

Hvordan opplever brukere individuell musikkterapi i et hjemmebasert kommunalt tilbud innen psykisk helse?

Begrunnelsen for valg av fokusområde og formulering av problemstillingen, utdypes i neste avsnitt.

1.2. Oppgavens formål

Jeg vil begynne med å kort redegjøre for min personlige motivasjon for gjennomføring av dette prosjektet, for å svare til kravet om redegjørelse for forskerens rolle og medbevegelse (Ruud, 1992; Trondalen, 2007) i kvalitativ forskning².

Jeg har tidligere utdanning som utøvende musiker innen jazz og improvisasjonsmusikk. Gjennom studiene har jeg opplevd musikk og improvisasjon som noe helt spesielt, men har reflektert over meningen i det. For meg var uttrykk for og deling av budskap og emosjoner primært i musikkutøvelsen. Jeg reflekterte over personkjemibegrepet, og opplevde at det fantes både en personlig og musikalsk versjon av dette. Med andre ord var min musikkforståelse sterkt preget av relasjonelle perspektiv, med en opplevelse av at det å spille sammen ligger nært det å kommunisere og være i relasjon til andre. Dette har vært i forgrunnen gjennom hele min tid på musikkterapistudiet, og da jeg fikk tilbudet om å gjennomføre dette forskningsprosjektet ble jeg nysgjerrig på hvilken opplevelse det ville gi brukerne. Således ble det relevant å fokusere på det brukerne hadde å si om tilbudet. Det har vært spennende å se hvordan mine refleksjoner har utviklet og forandret seg gjennom arbeidet med dette prosjektet, og skillet mellom mine første refleksjoner i praksis og denne oppgavens resultater er stort.

Når det gjelder denne oppgavens rolle i feltet musikkterapi, er min forhåpning at den skal være et bidrag inn i et relativt ferskt felt. Gjennom litteratursøk³ og samtaler med lærere og professorer ved musikkhøgskolen og musikkterapeuter har jeg fått oppfatningen av at det ikke er forsket eller skrevet så mye om kommunale, hjemmebaserte tjenester i Norge per i dag. Dette prosjektet vil være en liten dråpe i et stort hav, men allikevel håper jeg å kunne bringe inn noe av verdi for senere, mer omfattende studier. Ansdell og Meehan (2010) understryker verdien av brukerstemmen for å forme relevante effektstudier av musikkterapi, og mener at kvalitative studier av brukeropplevelser kan bidra med dette. På den måten håper jeg at dette prosjektet kan være et

² Se avsnitt 4.5. Etikk.

³ Se avsnitt 2.4. Litteratursøk

bidrag inn i retningen for videre forskning innen hjemmebasert musikkterapi, gjennom at disse tre medvirkende brukernes stemme kan si noe om hvilke opplevelser som blir tilgjengelige for dem i musikkterapien. Dette kan også ha en funksjon for musikkterapi som praksis, om hvilken rolle musikkterapien kan ha innen dette feltet.

I det psykiske helsefeltet i dag finnes en interesse for behandlingstilbud som ser til mennesket som person i første ledd, og ikke fokuserer fremst på diagnoser (Solli, 2012). Dette blir tydelig i Helsedirektoratets (2014) direksjoner for kommunalt arbeid, gjennom fokuset på brukermedvirkning og perspektiver som empowerment og recovery. Disse perspektivene er også implementert i teori innenfor psykisk helsefeltet i Norge (Rolvjord, 2004; Solli, 2014a, 2012). Dette vil jeg gå nærmere inn på i teorikapitlet. Fra et empowermentperspektiv i musikkterapi, argumenteres for alles rett til musikk (Rolvjord, 2004) Min forståelse fra brukergruppen jeg har fått møte i praksis, er at lavterskel gruppetilbud noen ganger kan bli for krevende for å delta i, på grunn av personlige utfordringer. Da kan hjemmebasert musikkterapi være en mulig tilrettelegging for et musikkterapitilbud for disse brukerne. Dette forskningsprosjektet er et forsøk på dette, samt en undring rundt hva det har betydd for de deltakende.

Ettersom oppgaven er situert i en veldig spesifikk kontekst, i et hjemmebasert tilbud innen en norsk kommune, er en stor del av teorien som denne oppgaven presenterer avgrenset til en norsk kontekst da organiseringen av helsetilbud varierer veldig i forskjellige land. En del internasjonal litteratur er trukket inn, i hovedsak gjennom litteratursøk.

1.3. Oppgavens disposisjon

I neste kapittel vil jeg presentere det teoretiske grunnlaget som forskningsprosjektet hviler på, og deretter vil jeg redegjøre for min musikkterapeutiske tilnærming i praksis. Etterpå følger en redegjørelse av forskningsmetode, for å så gå videre til resultatkapitlet som presenterer brukersitater som er analysert og gruppert i kategorier. Sammen utgjør disse foregående kapitlene en ramme for drøfting, som sammenfattes i en avsluttende drøfting. I siste kapitlet deler jeg noen tanker rundt veien videre for musikkterapi innen dette feltet, før oppgaven oppsummeres.

2. Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere de perspektiver som legger det teoretiske grunnlaget for prosjektet. Jeg vil først presentere teoretiske perspektiver på musikkterapi, og teori tilknyttet den kommunale avdelingen. Avslutningsvis vil jeg presentere en litteraturgjennomgang som ble gjort i forkant av skriveprosessen til denne oppgaven, med problemstillingen ”*Hva sier utvalgt litteratur om hjemmebasert individuell musikkterapi med voksne i et kommunalt tilbud innen psykisk helse?*”

2.1. Verdigrunnlag - Et humanistisk perspektiv

Som musikkterapeut og forsker støtter jeg meg til et humanistisk perspektiv på musikkterapi. Ruud (2008) skriver at et slikt verdivalg bygger på et bestemt menneske-, kunnskaps- og virkelighetssyn. Som musikkterapeut møter jeg brukere med en forståelse av at de har iboende potensialer og muligheter, samtidig som jeg erkjenner at kontekstuelle aspekter er forutsetninger for menneskelig utfoldelse. Dette innebærer at personlig historie, sammen med kulturelle og sosiale aspekter påvirker individets valg, muligheter og opplevelser (ibid.). Et humanistisk verdigrunnlag fordrer flerdimensjonalt menneskesyn, som anerkjenner kompleksiteten og mangfoldet i det menneskelige. Dette påvirker også kunnskaps- og virkelighetssynet, og impliserer en toleranse for at flere sannheter kan eksistere parallellt (ibid., s. 8). For forskningen innebærer det å åpne for at alle opplevelser som brukerne bringer inn, skal kunne behandles som likeverdige sannheter. Individet betraktes som subjekt, med sin unike historie, livssituasjon og forståelse av omverdenen, noe som impliserer en musikkterapi som bygger på samhandling, for en meningsfull opplevelse for brukeren (ibid).

2.2. Teoretiske perspektiver

Mitt musikkterapeutiske arbeid springer ut fra noen teoretiske perspektiver. Jeg vil videre redegjøre for disse.

2.2.1. Musikk

Å finne en generell definisjon av musikk er en stor og vanskelig oppgave. I denne sammenhengen vil det være mest relevant å gå til et kontekstuellet musikkbegrep. Bruscia (2014) skriver at musikk i musikkterapi handler mer om brukerens musikkopplevelse enn musikken i seg selv. Det er møtet mellom musikken og brukeren som danner meningsfulle opplevelser i musikkterapien.

DeNora (2000) bruker begrepene *affordance* og *appropriation* om denne sammenhengen mellom musikk og person. Det handler om de muligheter, *affordances*, som ligger i musikken, og hvordan brukeren nyttiggjør seg disse, *appropriation*. Dog innebærer ikke disse mulighetene at musikken er et stimulus med helt uavhengige iboende meninger. Det handler isteden om at individet som møter musikken danner disse mulighetene ut fra sin opplevelse av den, og bruker deretter disse opplevelsene på en personlig, meningsfull måte (*ibid.*). I dette prosjektet kan det innebære at musikken åpner for å fortelle om seg selv eller egne opplevelser, emosjonsregulering eller -forsterkning, eller å gjøre noe felles. Jeg vil gå nærmere inn på konkrete aktiviteter under kap 3. Musikkterapeutisk tilnærming.

En annen måte å se dette på er i Small's begrep "musicking" (Small, 1998). Han ser musikk som et verb, noe man gjør. Han utvider også begrepet til å innbefatte all deltakelse i og rundt en musikalsk aktivitet. I den forstand inkluderer musicking også for eksempel reseptive aktiviteter og å samtale om musikken. Dette gjør at musikken blir noe relasjonelt, noe man deler. Begrepet innbefatter også at alle er født med en evne til musicking, på samme måte som språket, og således noe som tilhører alle (*ibid.*).

Implikasjonene av dette for min musikkterapeutiske praksis, er at musikken som er blitt brukt, er musikk som brukerne har bragt inn eller ønsket. Det innebærer også en opplevelse av deltagelse fra både musikkterapeut og bruker uavhengig type aktivitet, resektiv eller ekspressiv (utøving av musikk), i tråd med musickingbegrepet. Fra det musikkterapitimene startet, var bruker og musikkterapeut sammen i prosessen om å lage meningsfulle musikkopplevelser, gjennom å bruke, *appropriere*, de muligheter som musikken tilbyr, *affords*.

2.2.2. Ressursorientert musikkterapi

Den ressursorienterte tilnærmingen innen musikkterapi er en stor del av den humanistiske musikkterapien (Ruud, 2008). Ressursorientert musikkterapi handler om, som navnet tilsier, et musikkterapeutisk fokus på, og utgangspunkt i, brukerens ressurser. Dette impliserer et syn på helse

som et kontinuum, snarere enn et dikotomisk bilde mellom god helse eller sykdom (Rolvjord, 2010). Hun nevner fire sentrale punkter innen den ressursorientert musikkterapien:

- Fokus på og anerkjennelse av brukerens personlige ressurser
- Koblingen mellom individet og dets kontekst. En direkte konsekvens for dette prosjektet vil være at musikkterapien skjer direkte i brukernes hjem, noe som fordrer en sensitivitet overfor dette og hvordan det påvirker musikkterapien. Samtidig vil en kontekstsensitiv musikkterapi også ta høyde for andre kulturelle, sosiale og historiske kontekster hos brukeren, som ikke er konkret tilstede i musikkterapien. Sammen med Stige drøfter Rolvsjord forskjellige typer av kontekst i musikkterapi: musikkterapi i kontekst, musikkterapi som kontekst og musikkterapi som interagerende kontekster (Rolvjord & Stige, 2013).
- En likeverdig terapeutisk relasjon preget av samarbeid. Med tanke på fokuset på brukerens ressurser, ville en terapi styrt av musikkterapeuten som ekspert være paradoks. Rolvsjord deler inn dette punktet i tre sentrale termer: likeverd, gjensidighet og deltakelse (Rolvjord, 2010, s. 78).
- Et syn på musikk som en helseressurs. Dette vil innebære å anerkjenne brukerens musikalske kompetanse, en forståelse for den store variasjonen av musikalske meningsopplevelser, og innbefatter også et politisk aspekt om at alle har rett til musikk (Rolvjord, 2010).

Rolvjord (2008) fremhever også at en ressursorientert tilnærming impliserer en metodisk fleksibilitet, da både brukernes og terapeutens ressurser, samt brukerens forhold til musikk, styrer innholdet i musikkterapien. Dette har vært sentralt gjennom etableringen av musikkterapien i dette prosjektet, og blir tydelig i forskjellen mellom hver brukers musikkterapi. Musikk, temaer og aktiviteter i musikkterapien oppsto ut fra denne fleksibiliteten.

2.2.3. En relasjonell tilnærming

Den musikkterapeutiske praksisen i dette prosjektet bygger på en forståelse av at den terapeutiske relasjonen er sentral for terapeutiske utviklings- og forandringsprosesser (Rolvjord, 2010), noe som innebærer et fokus på å danne en god relasjon mellom terapeut og bruker i musikkterapien. Trondalen (2016) har skrevet om den relasjonelle musikkterapien, som ikke er en fristående teori, men mer en samling av konsepter fra flere perspektiver, blant annet utviklingspsykologi, tilknytningsteorier og sosialkonstruktivisme. Sistnevnte perspektiv vil lede oss inn på et mer samfunnsmessig plan og vil ikke bli diskutert her. Jeg vil isteden fokusere på det direkte personlige nivået i dette avsnittet. Trondalen (ibid.) skriver at spedbarnskommunikasjonen er måten vi har lært

om interaksjon, og oss selv som individer, i relasjon til andre. Denne kommunikasjonsmåten er en iboende, implisitt, relasjonell kunnskap hos alle mennesker, som påvirker oss naturlig gjennom hele livet, noe som har vært mitt utgangspunkt som musikkterapeut i møtet med brukerne i dette prosjektet.

Jeg vil trekke frem noen teorier fra den relasjonelle tilnærmingen som har vært i forgrunnen i arbeidet som musikkterapeut i dette prosjektet. Det første jeg vil nevne er dynamiske vitalitetsformer (Stern, 2010). Dynamiske vitalitetsformer handler om følelser, men ikke de kategoriske følelsene som glede, sinne eller sorg. De dynamiske vitalitetsformene er isteden de følelser og opplevelsene som utfolder seg over tid. Vitalitetsformene beskrives i musikalske termer (ibid.), som f.eks økende, avtagende, lett, brusende. Derfor kan de være tilgjengelige i musikkopplevelser. Et viktig aspekt som knytter disse dynamiske vitalitetsformene til den relasjonelle tilnærmingen er at de er kommunikative, og kan vise seg i samspill med andre individer (ibid.). Det leder oss til neste sentrale begrep.

Intersubjektivitet er også et viktig aspekt å trekke frem. I det intersubjektive møtet mellom individer blir det tydelig at vi begge opplever noe felles, men at vi opplever det fra hver sitt ståsted, som akkurat individer (Trondalen, 2016.). Både Trondalen (ibid. s.13-14) og Stern (2007, s. 93) bruker uttrykket ”jeg vet at du vet at jeg vet”, for å illustrere at opplevelsen er felles men ikke identisk. På den måten blir både individet, jeg, og relasjonen, vi, tydelig. Dette kan si noe om at vi i intersubjektive møter også kan oppleve, og utvikle, oss selv som subjekt (ibid.).

For meg som musikkterapeut innebærer dette en tiltro til at relasjonen mellom terapeut og bruker blir meningsfull for brukeren personlig, også utenfor det som blir verbalisert erfart, gjennom dynamiske vitalitetsformer i musikken og mulige intersubjektive møter. Det betyr at min forhåpning er at det musikalske samspillet gir mening for brukeren, bevisst eller ubevisst, og understøtter og utvikler både relasjonen og styrker individet på en god måte i denne relasjonen.

2.3. Kommunale tjenester for psykisk helse - Sammen om mestring

I oppstarten av praksisen i den kommunale avdelingen ble jeg presentert for Helsedirektoratets veileder for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne - Sammen om mestring (2014). Denne veilederen bruker de ansatte ved avdelingen i arbeidet med brukerne i kommunen. I veilederen presenteres begreper som også er aktuelle i musikkterapeutisk arbeid innen psykisk helsefeltet i Norge, nemlig brukerperspektiv, empowerment og recovery. Disse perspektivene står

nevnt som sentrale i arbeid med denne målgruppen i veilederen (Helsedirektoratet, 2014, s. 11). Jeg vil gå nærmere inn på disse, både ut fra veilederen fra Helsedirektoratet og musikkterapeutisk teori.

2.3.1. Brukerperspektivet

Veilederen "Sammen om mestring" fra Helsedirektoratet handler om at brukeren er den viktigste aktøren i utformingen av tilbudet de mottar fra kommunen (Helsedirektoratet, 2014). Medvirkning i valg vedrørende eget tilbud er en lovpålagt rettighet for brukere innen denne konteksten, for å bidra til økt innflytelse og et bedre tilbud for brukere, da deres preferanser får en likeverdig del i beslutninger gjeldene dem selv. Helsedirektoratet skriver også at brukermedvirkning er avgjørende for at brukerens ressurser og mestringsevne skal bli ivaretatt (ibid., s. 18).

2.3.2. Empowerment

Helsedirektoratet (2014) skriver om at empowerment er en prosess som gir individet myndighet over eget liv, og arbeider mot økt kontroll over egen helse. Dette går ut fra et syn på brukeren som den viktigste aktøren i eget liv. Hensikten er å forme et tilbud som inviterer og oppmuntrer brukerne til å delta i vurderinger og valg som påvirker deres liv og hverdag, med utgangspunkt i individets ressurser (ibid.) Empowerment er en av de grunnleggende perspektivene for den ressursorienterte musikkterapien (Rolvjord, 2010). Rolvsjord (2004) presenterer en tredelt nivåinndeling innen empowerment; individuelt, organisatorisk og i samfunnet. Det individuelle omhandler det personlige, som psykologisk empowerment, det institusjonelle vil i denne konteksten være kommunen, og det samfunnsmessige handler om hvilke muligheter som tilbys til innbyggerne. For å styrke brukeres ressurser og kontroll over eget liv, blir derfor hele spekteret viktig å inkludere i arbeid ut ifra et empowermentperspektiv. Disse tre nivåer påvirker hvilke ressurser som er tilgjengelig for brukeren (ibid.).

2.3.3. Recovery

Recovery handler om bedringsprosesser. Recovery kan forstås fra to perspektiver, klinisk og personlig recovery (Slade, 2009). I denne oppgaven omtales personlig recovery, som er en individuell og sosial prosess hvor man jobber mot å få en meningsfull hverdag ut ifra de forutsetninger man lever med. I nordiske studier har recovery fokus på samfunn, levekår og sosiale

prosesser (Helsedirektoratet, 2014, s. 31). I arbeid med recovery ser man på brukeren som ekspert på eget liv og uttrykker tro på brukerens utviklingspotensiale. En likeverdig relasjon mellom bruker og tjenesteutøver er sentral.

Solli (2012) løfter frem fire punkter som er spesielt relevante for en recoveryorientert musikkterapipraksis; 1) Praksisen skal være orientert mot å fremme recovery, 2) den skal være ressursorientert, 3) den skal være samfunnsfokusert og 4) den skal være person-dreven.

2.3.4. Knyttet til dette prosjektet

Disse tre; brukerperspektivet, empowerment og recovery, kan argumente for å gjennomføre et forskningsprosjekt som fokuserer på brukerens stemme og opplevelser av musikkterapi i denne konteksten. Et humanistisk, ressursorientert fokus bygger på en tiltro til brukernes potensiale og muligheter (Ruud, 2008; Rolvsjord, 2010), noe som samsvarer godt med empowerment og recovery. De sistnevnte perspektivene har i tillegg allerede en tydelig plass innen norsk musikkterapi (Rolvsjord, 2004; Solli, 2014a). Med et syn på brukeren som ekspert på eget liv, og et ønske om å myndiggjøre bruker overfor hva hun opplever, har det vært sentralt å la brukerne styre og velge aktiviteter i musikkterapien. Min rolle som musikkterapeut er å være fleksibel i metodikk, og rette temaene til brukernes musikkopplevelser for at de skal oppleves som meningsfulle.

2.4. Litteratursøk: Hjemmebasert musikkterapi og psykisk helse

Denne gjennomgangen av litteratur bygger på Abbotts (2016) artikkel, der hun redegjør for en fremgangsmåte for gjennomføring av litteraturgjennomgang. Det er viktig å fremheve at denne litteraturgjennomgangen ikke er en komplett oversikt over feltet, men representerer et utvalg gjennom systematisk gjennomgang av søkeresultatene. Derfor vil jeg først presentere hvor søkene er gjennomført, hvilke søkeord som er blitt brukt og inklusjonskriterier. Følgende elektroniske databaser ble brukt i litteratursøket: Cochrane library, RiLM Abstracts of Music Literature, Music Periodical Database, Medline, Pubmed, Google scholar, PsychINFO og NMH-Brage. Andre søk er gjort i litteraturlister fra fag ved musikkterapistudiet og litteraturlister i masteroppgaver med relaterte temaer til oppgavens problemstilling. Jeg har benyttet meg av GAMUT's kunnskapsbeskrivelse for musikkterapi og psykisk helse (GAMUT, 2017), en litteraturgjennomgang av Schmid og Ostermann (2010), samt tips fra veiledere.

Ordene som er blitt brukt i forskjellige kombinasjoner i søkene er: "music therapy", "mental

health”, ”mental”, ”individ*”, "mental illness”, "mental disorder”, ”psychiatric*”, ”psychi*”, ”home based”, ”home”, ”outpatient”, ”home based music therapy”, ”home care”, ”municipal*”, ”municipality”, ”communal”, (+service), ”kommunalt tilbud”, ”musikkterapi”, ”hjemmebasert”, ”kommune*”, ”kommuna*” og ”psykisk helse”.

For å avgrense søket ble følgende inklusjonskriterier brukt:

- Studiene skal være publisert innen de siste 15 årene, altså fra 1.januar 2002. Dette for å få treff som samsvarer med aktuelle behandlingsforløp innen det psykiske helsefeltet, som har vært i stor utvikling de siste tiårene (Solli, 2012).
- Studiene skal være publisert innen faget musikkterapi.
- Studiene skal være vitenskapelige, det vil si fagfelleurdert, eller skrevet eller veiledet av eksperter (Abbott, 2016).
- Studiene skal handle om tilbud for voksne (fra 18 år). Dette på grunn av at de studier jeg fant om musikkterapi med barn hadde et tydelig familiefokus, noe dette prosjektet ikke tar for seg.
- Studiene skal være skrevet på engelsk eller skandinaviske språk.

2.4.1. Kunnskapsoversikt

Det viste seg tidlig i prosessen at det var en begrenset mengde litteratur på dette feltet ut fra de søk som ble gjort, så litteraturgjennomgangen ble oppdelt i forskjellige kategorier.

- Individuell musikkterapi innen psykisk helse/psykiatri
 - Musikkterapi i et kommunalt tilbud
 - Hjemmebasert musikkterapi og psykisk helse. I denne kategorien er studier eldre enn 15 år inkludert, på grunn av mangel på søketreff innen tidsavgrensningen.
 - Hjemmebasert musikkterapi i andre felt
-
- Individuell musikkterapi innen psykisk helse

Dette er den mest omfattende kategorien. Til å starte med vil jeg presentere de fire effektstudiene som er inkludert.

Shirani Bidabadi og Mehryar (2015) gjennomførte en randomisert kontrollert studie⁴ kalt

⁴ Heretter omskrevet i forkortet form, RCT.

”Music therapy as an adjunct to standard treatment for obsessive compulsive disorder and co-morbid anxiety and depression: a randomized clinical trial.” Testgruppen viste en større nedgang i total tvangshandling, angst og depressive symptomer, og studiens konklusjon var at musikkterapi virket til å være effektivt i disse aspektene.

Gold et al., (2013) gjennomførte en RCT som var et internasjonalt samarbeid mellom Norge, Australia og Østerrike. Fokuset i denne studien var individuell musikkterapi for brukere med lav motivasjon for terapi innen psykisk helse. Studien viset at individuell musikkterapi er et effektivt tilskudd i behandling av brukere med lav motivasjon for terapi. Effekten ble målt med SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms) sammen med 15 sekundære utfall.

Erkkilä et al. (2011) gjorde en effektstudie på musikkterapi mot depresjon. De målte flere symptomer i løpet av studien, som viste at musikkterapi minsket symptomer på depresjon og angst, og gav bedre generell funksjon. Studien konkluderte med at individuell musikkterapi i kombinasjon med standard behandling er effektivt mot depresjon for voksne mennesker med denne diagnosen.

Den siste effektstudien er Talwar et al. (2006) som har fokus på innlagte pasienter med schizofreni. Studien viste at testgruppen tenderte mot et forbedret resultat, spesielt i forhold til schizofrenisymptomer, og oppmuntrer til videre studier på dette.

To doktorgradsavhandlinger er inkludert i denne litteraturgjennomgangen. Den første er Solli (2014a) som ser på hvordan musikkterapi kan fremme recoveryprosessen. Studien viser at musikkterapi først og fremst var knyttet til aspekter av positiv psykisk helse og velvære, i kontrast til symptomreduksjon som ble nevnt mere sjeldent. Musikkterapien støttet recoveryprosessen gjennom å legge tilrette for en sosial og terapeutisk plattform for å styrke selvagens, og påvirket flere kontekster i brukernes liv. Til denne avhandlingen hører tre artikler, hvorav to er med i denne litteraturoversikten; ”Battling illness with wellness: a qualitative case study of a young rapper’s experiences with music therapy” (Solli, 2014b) og ” ”The Opposite of Treatment”: A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy” (Solli & Rolvsjord, 2014).

Trondalens doktorsavhandling (2004) er en grundig studie av ”signifikante øyeblikk” i improvisasjon i musikkterapi med brukere med anoreksi. Avhandlingen har en ressursorientert tilnærming og diskuterer betydningen av relasjonelle erfaringer, og erfaringer av kroppslig-musikalsk samspill. Dette i motsetning til de ellers rigide og stivnede relasjonsmønstrene som er vanlig hos mennesker med anoreksi (ibid.).

To intervjustudier er inkludert, som ser på brukeres opplevelser av musikkterapi, Ansdell og Meehan (2010) og McCaffrey og Edwards (2016). Ansdell og Meehan (2010) intervjuet

informanter ved en psykisk helse avdeling, som fått individuell musikkterapi, om deres opplevelse av musikkterapien. De kom frem til ni sammenfattende punkter gjennom IPA-analyse av intervjuene. De argumenterer også for vekten av idiografiske studier av brukeropplevelser, da de kan gi noen retninger til hva større effektstudier bør fokusere på (ibid.). McCaffrey og Edwards (2016) er en studie basert på sistnevnte studie, men inkluderer også informanter som har deltatt i gruppemusikkterapi. De støtter seg også til at kvalitative studier om brukeropplevelser har stor relevans for videre forskning, for å unngå et fokus på ”de profesjonelle stemmene” innen psykisk helsefeltet (ibid.), i motsetning til det brukerorienterte fokuset.

Rolvsvjord (2010) har skrevet en bok som tar for seg ressursorientert musikkterapi ut fra en praksis av individuell musikkterapi innen psykisk helse, som er brukt som utgangspunkt for presentasjon av dette perspektivet i denne oppgaven. Bokens hensikt er å løfte frem ressurstenkningen da den fremstår som taus kunnskap i mange musikkterapeutiske praksiser.

Solli (2008) har skrevet en artikkel om en musikkterapipraksis med en bruker med schizofreni. Det terapeutiske arbeidet besto av felles musikalsk groove-basert improvisasjon, som ble valgt ut fra brukerens musikkpreferanser. Solli (2008) begrunner med at dette tilrettelegger for at brukeren skal få en tydelig ramme tilpasset sin egen kulturelle kontekst, og føle seg møtt uten å trenge å forklare sine musikalske ideer eller tanker verbalt, samt støtte opplevelsen av identitet. Solli inkluderer også termen deltagende avvik, *participatory discrepancies* (Keil, 2005), som handler om de små avvikene i musikkutøvelse, som danner følelsen av groove og inviterer til deltakelse i musikk (ibid., s. 98). Solli (2008) nevner hvordan disse avvikene var mer tydelige i musikkterapien enn i et vanlig rockeband, men ble mer og mer ”normale” i løpet av musikkterapien. Studien viste at brukeren fikk en forbedret generell og mental tilstand parallellt med at samspillet mellom bruker og terapeut utviklet seg (ibid.).

Næss og Ruud (2007) har skrevet en artikkel om utvikling fra tradisjonell bruk av klinisk improvisasjon/Creative Music Therapy (CMT, fra Nordoff og Robbins), i arbeid med en bruker med psykosed diagnose. Ressursorientert musikkterapi, performance-orientert musikkterapi, *community music therapy* og relasjonell musikkterapi drøftes i artikkelen.

Så følger tre casebeskrivelser, hvorav to handler om musikkterapi med en bruker med schizofreni (Lindvang, 2005; Storm, 2002). Lindvang (2005) drøfter musikken som et verktøy gjennom fire faser i musikkterapiforløpet; et møte mellom motivasjon og frykt, en trygg terapeutisk relasjon, mulighetene i forandring, og avslutningsvis, å bære med seg håpet. I konklusjonen nevnes at musikken motiverte pasienten til å gjennomføre terapien, at pasienten virket til å få større bevissthet om seg selv, og at pasienten uttrykte en følelse av å bli møtt i musikkterapien (ibid.).

Storm (2002) utforsker hvordan musikkterapien har fungert for en bruker med taleutfordringer fra sin diagnose, og diskuterer musikken fra preverbalt til verbalt stadium. Den siste casebeskrivelsen handler om en bruker med psykose (De Backer, van Camp, 2002), og baseres på forfatterens erfaring med musikk som redskap for å lage et indre psykisk rom sammen med pasienter med psykose. Musikkterapien grunnes i klassisk psykoterapi og objektreasjonsteori (ibid.), og har således et annet verdigrunnlag enn dette prosjektet. Synkronisering, utvikling av musikalsk form og avslutning av improvisasjon beskrives som sentrale i musikkterapien for å få tilgang på og bearbeide opplevelser og emosjoner hos pasienten.

- Musikkterapi i et kommunalt tilbud

”Effects of movement music therapy with the naruko clapper on physical function and frontal lobe function in elderly individuals with mild cognitive impairment” (Nobuko, 2016) er en pågående studie som publiserer sine resultater i 2018, med det primære fokuset på påvirkningen av musikkterapien og bruken av dette instrumentet på kognitiv funksjon, noe som ikke er sentralt i dette prosjektet.

Aftret (2008) har diskutert egne erfaringer fra 15 år i kommunal musikkterapi praksis i ”Samspill - om musikkterapeuten i kommunen”. Kommunene fikk større ansvar for tilbud for barn i Norge da de ble iverksatt helse- og kulturreformer på 80- og 90-tallet, noe som flyttet arbeid til kommunene som tidligere vært på statlige institusjoner (ibid.). Aftret forteller om sine erfaringer, og trekker frem roller for musikkterapeuten i tverrfaglige samarbeid. Hvordan arbeidet retter seg både mot barna, men også mot kommunen, for å skape forståelse for hvordan tverrfagligheten kunne utvide tilbudet siden musikkterapi fortsatt er relativt ukjent på flere arenaer. På den måten får musikkterapeuten også en informativ rolle. Samfunnsmusikkterapi blir trukket inn, samt utfordringen med å arbeide på forskjellige plan da musikkterapeutens rolle kan bli utydelig (ibid.).

- Hjemmebasert musikkterapi og psykisk helse

I denne kategorien er to studier inkludert. Den første er Hanser og Thompson (1994), som er en hjemmebasert opplæring i stressreduksjon til reseptiv musikk for eldre brukere med depresjon. Både musikkterapi via besøk av musikkterapeut og via telefon ble prøvd ut, og gav bedre resultater på standardiserte tester av depresjon, nød, selvfølelse og humør. Shiraishi (1997) forsket på virkningen av hjemmebasert musikkterapi på angst og depresjon i en gruppe multiriskikomødre.

Dette med hjelp av et musikklyttingsprotokoll. Også denne studien inkluderte både hjemmebesøk og telefonmøter, og begge gruppene viste minsket depresjon og økt selvfølelse, dog hadde gruppen med hjemmebesøk litt bedre resultater.

Musikklyttingsprotokollen i studien til Shiraishi (1997) baserer seg på protokollen i studien til Hanser og Thompson (1994). Denne protokollen er basert på kognitiv-behavioristiske teknikker (Hanser & Thompson, 1994), noe som gjør at disse studiene skiller seg grunnleggende fra denne studiens humanistiske, ressursorienterte og relasjonelle plassering.

- Hjemmebasert musikkterapi i andre felt

Denne kategorien fokuserer på andre målgrupper enn brukere innen psykisk helse. To av forskningsprosjektene retter seg mot utfordringer knyttet til aldring og demens. Ip-Winfield, Wen og Yuen (2014) skriver om "Home-based Music Therapy for the Aged Chinese Community in Melbourne: Challenges and Outcomes", et pågående pilotprosjekt der de informerte om disse utfordringene. Dette gjennom oppmuntring til hverdagsbruk av enkle musikkterapeutiske teknikker for forbedret humør hos klientene, og tilfredshet i deres omsorgsgiveres jobbsituasjon.

Ressursorientert musikkterapi, samfunnsmusikkterapi med økt fokus på samfunn og familie, og begrepet "bærekraftighet" (sustainability) (Bolger & McFerran i Ip-Winfield et.al., 2014) nevnes som underliggende musikkterapi-modeller for dette prosjektet. Bærekraftighet (Bolger & McFerran, 2013) innebærer et fokus på å overflødiggjøre seg selv, og er skrevet rettet mot musikkterapiforløp der fokus ligger på klientenes selvstendighet. De foreslår også at bærekraftighet kan være relevant for musikkterapifeltet i sin helhet, da det kan tilrettelegge for at brukerne skal føle eierskap over sine opplevelser og dra koblinger mellom musikkterapien og hverdagen (ibid.). Ip-Winfield et. al., (2014) konkluderer med å trekke frem sentrale perspektiver i krysskulturelt arbeid; familiesentrert- og kultursensitiv praksis, kulturspesifikk musikk og terapeuter som ressurspersoner med flerkulturell kunnskap.

Baker et al. (2012) forsker på demens i studien "Connecting through Music: A Study of a Spousal Caregiver-Directed Music Intervention Designed to Prolong Fulfilling Relationships in Couples where One Person has Dementia". En mixed-method design ble brukt for å se om hjemmebasert musikkterapi kunne stimulere til meningsfylt interaksjon mellom ektefellene. De kvalitative resultatene viste at musikkterapien påvirket ekteparet i positiv forstand. I både Ip-Winfield et. al. (2014) og Baker et. al. (2012) sine studier, har musikkterapeuten en mer rådgivende og veiledende rolle, noe som skiller musikkterapisituasjonen fra dette prosjektet.

Den tredje studien fokuserer på hjemmeboende pasienter med uhelbredelig kreft, og musikkterapi via hjemmebesøk fra hospice (Hilliard, 2013). Studien viser at musikkterapien øket livskvaliteten.

3. Musikkterapeutisk tilnærming

I dette avsnittet vil jeg beskrive musikkterapien i prosjektet, aktivitetene som musikkterapeuten og brukerne gjorde sammen, og knytte det til teori om musikkterapeutiske metoder og teknikker.

En viktig del av den musikkterapeutiske tilnærmingen var tanken om brukerperspektivet (Helsedirektoratet, 2014), å ivareta brukernes innspill for å tilrettelegge for en hensiktsmessig tilnærming til musikken. Ettersom møtet mellom individ og musikk er sentralt (Ruud, 2013; Bruscia, 2014; DeNora; 2000) valgte jeg å fokusere på brukernes musikk i timene.

Musikkterapiforløpet startet med et kort, informelt intromøte der bruker, musikkterapeut og brukers kontaktperson ved avdelingen var tilstede. Møtet ble holdt der musikkterapien skulle holdes. Dette var et initiativ fra min side som musikkterapeut, med intensjonen å danne en trygg setting for brukeren, å initiere en kontakt mellom bruker og musikkterapeut, samt for musikkterapeuten å kartlegge brukerens relasjon til musikk og forventninger til musikkterapien. Kontaktpersonens nærvær fungerte som en trygghet for brukeren, da de allerede hadde en etablert relasjon. I tillegg var det et trygghetstiltak siden vi møttes i så personlige settinger (to av dem hjemme hos brukerne), samt at individuelle møter kan oppleves veldig intime. Kontaktpersonene kunne også bistå med relevante spørsmål og perspektiver i forhold til musikkterapien, siden de hadde en del kjennskap til brukernes historie og relasjon til musikk. Jeg ønsket å holde det første møtet kort og prestasjonsfritt, for å bygge en trygg terapeutisk relasjon. Gjennom samtale der brukeren fikk fortelle om sitt forhold til musikk, og musikkterapeuten kunne fortelle om musikkterapi og gi forslag til aktiviteter, kunne brukeren være forberedt på første musikkterapisesjon. Hvis vi startet direkte med en musikkterapisesjon, ville musikkterapeuten ha all kunnskap om hva som ville skje, og på den måten få en ekspertrolle, noe som går imot empowerment og brukerstyring (Helsedirektoratet, 2014). Gjennom intromøtet kunne musikkterapeut og bruker sammen legge en plan for hvordan musikkterapien kunne starte, og ha en felles forventning til første musikkterapisesjon. I intromøtet kunne vi også sammen gå gjennom og

signere samtykkeskjemaet for deltakelse i prosjektet⁵. Det er viktig å adressere anbefalingen fra NSD (Norsk senter for forskningsdata) om at en annen enn musikkterapeuten skulle rette forespørsel om deltakelse til brukerne.⁶ Siden jeg ikke kjente to av brukerne fra før, var ikke forholdet oss imellom relevant. I øvrig ble brukeres valgfrihet ivaretatt gjennom kontaktpersonens deltagelse i intromøtet, som ikke hadde noen tilknytning til musikkterapiprojektet, og organiseringen med prøvetime, som jeg vil redegjøre for nå.

En uke etter intromøtet startet musikkterapeuttilbudet, og da møttes musikkterapeut og bruker alene. To av brukerne hadde musikkterapi hjemme, en kom til avdelingen. Jeg valgte å kalle også den første timen for prøvetime, for å understreke brukerens valgfrihet for deltakelse. Alle musikkterapiforløpene startet med musikklytting, etter avtale i intromøtet. Musikkterapeuten inviterte brukeren til å sammen høre på musikk som brukeren var glad i, og hadde selv forberedt musikk for å dele med brukeren. Ruud skriver om sammenhengen mellom musikk og identitet (Ruud, 2013), og etter gjennomlyttingen samtalte vi om sangen, da brukeren fikk rom til å fortelle om sin relasjon til musikken. Ruud deler opp sine teorier om identitet i fire hovedkategorier; det personlige rom, det sosiale rom, tidens og stedets rom og det transpersonlige rom (ibid., s 59), og dette viste seg i musikkterapien, gjennom at en stor variasjon av fortellinger kom opp gjennom musikklyttingen. Dette fungerte også som en relasjonsdannende aktivitet, der vi kunne bli kjent med hverandre gjennom lyttingen og de personlige fortellingene. Brukeren kunne selv styre hva hun ville fortelle ut fra musikken, som førte til samtaler rundt både hverdagslige og dypere temaer. For å opprettholde den likeverdige relasjonen som er sentral i Helsedirektoratets veileder (2014), delte også musikkterapeuten sin musikk hvis brukeren ønsket det. I tillegg kan det ligge muligheter for intersubjektive opplevelser i å dele musikkopplevelser i øyeblikket (Trondalen, 2016).

Etterhvert utviklet seg musikkterapiforløpene i forskjellige retninger for brukerne, noe som er naturlig når man tar utgangspunkt i brukernes personlige ressurser (Rolvsvjord, 2010). En vanlig aktivitet var å spille musikk som brukeren bragt inn i musikkterapien sammen. Bruscia kaller dette for re-kreative, ”re-creative”, aktiviteter (Bruscia, 2014). Jeg knytter dette til en videreføring av arbeidet mellom musikk og identitet (Ruud, 2013), der musiseringen ofte kunne lede videre til samtaler om personlige temaer hos brukerne. Musikken i disse aktivitetene var i hovedsak populærmusikk og religiøs musikk. En av brukeren sang sanger hun selv valgt, akkompagnert av musikkterapeut på piano. Ved noen tilfeller sang vi også sammen. Med den andre brukeren var selve musiseringen sentral, der samme sang kunne holde på i lange strekk og hadde en meditativ

⁵ Se vedlegg 1: Samtykkeskjema for deltagelse i prosjektet

⁶ Se vedlegg 2: Godkjenning av forskningsprosjekt fra NSD

karakter. Denne brukeren spilte gitar og sang sammen med musikkterapeuten, og vi byttet på å spille og synge. Brukeren spilte og sang alene ved noen tilfeller, men ofte var det felles musisering, der musikkterapeuten hadde en støttende rolle med gitar, sang eller rytme (instrument eller gjennom å klappe). Det virket også å være et ønske hos brukeren å lære å spille gitar, og det gjorde vi gjennom sangene hun tok med til musikkterapien. Noen av de målsettinger Bruscia (2014, s. 132) nevner i re-kreative aktiviteter, er å få utforske og uttrykke følelser innen et trygt medium, og at det kan styrke følelsen av gruppetilhørighet. Han skriver også at disse aktivitetene hjelper brukerne til å "eie" sine egne følelser (ibid.), noe som ble tydelig i samtalene i musikkterapien, der brukerne selv fikk løfte frem musikkopplevelsene sine.

Reseptive aktiviteter var også en stor del av musikkterapien for flere av brukerne. Det innebærer at brukeren lytter til og responderer til musikken (Bruscia, 2014). I dette prosjektet var det enten lytting til innspilt musikk sammen med terapeuten, eller til at musikkterapeuten improviserte instrumentelt eller vokalt. Den innspilte musikken har allerede blitt nevnt, som en videreføring av den initierende musikkdelingen. Lytting til improvisert musikk av musikkterapeuten ble valgt av brukerne når musikkterapeuten gav det som et av flere forslag på mulige aktiviteter. Det fremsto som det var en prestasjonsfri aktivitet for brukerne. Utover koblingen til identitet ble det brukt til avspenning, visualisering til musikk og å gi brukerne musikalske gaver, "giving" (Bruscia, 1987). Dette ble en type proaktiv lytting (Bruscia, 2014), der det var åpnet for hvilken som helst respons fra brukerne. Visualiseringen var på brukerens eget initiativ, helt uoppfordret fra musikkterapeuten, og kan dermed ikke knyttes til "music imagery" da det ofte innebærer en alterert tilstand av dyp avspenning (Grocke & Wigram, 2007). Bildene som brukeren så fortalte om etter musikken ble utgangspunkt for samtale og knyttet til brukeren personlig, eller for flere improvisasjoner.

Den siste aktiviteten jeg vil nevne er felles improvisasjon. Bruscia (2014) definerer improvisasjon som at brukeren finner på musikk i øyeblikket, alene eller sammen med musikkterapeuten. Ruud (2008) skriver om det improviserende mennesket, og at musikalsk improvisasjon forsetter mennesket i en situasjon der vi får møte det uforutsigbare, som vi så kan velge å omforme til språk. Improvisasjonsaktivitetene var det til stor del musikkterapeuten som initierte, med hensikten å tilby brukeren noe nytt. Det fremsto i prosjektet som at brukerne kunne oppleve dette som krevende og skummelt, så musikkterapeuten prøvde å tilrettelegge øvelsen med hjelp av empatiske teknikker, som anerkjenner og støtter brukerens uttrykk (Wigram, 2004). Forhåpningen var å danne en type improvisasjon som opplevdes som en trygg måte å utforske og utvide uttrykksrepertoaret på. Også i musikkterapeutisk improvisasjon er relasjonen til brukeren, og

dennes individuelle behov og ønsker sentrale (Bonde & Trondalen, 2014). Dette viste seg å være veien inn til gode opplevelser i improvisasjonene, da de improvisasjonene som opplevdes som tryggest for brukerne, var når musikkterapeuten forlot sitt eget bilde av improvisasjonen, og heller formet den rundt brukerens innspill. Dette innebar for eksempel at brukerne kunne velge å ikke spille i en felles improvisasjon. Jeg vil uansett understryke brukernes deltakelse i musiseringen, i tråd med ”musicking”begrepet (Small, 1998), da deres oppmerksomhet i aktiviteten også regnes som deltakelse i musikken.

Utdanningen i musikkterapi i Norge bygger i stor grad på Nordoff og Robbins’ Creative Music Therapy (CMT) med klinisk improvisasjon (Ruud, 2018), så dette er grunnlaget jeg har med inn i improvisasjon med brukerne. CMT bærer i en antroposofisk tanke om at alle har en medfødt mottakelighet for musikk (Bonde & Trondalen, 2014). Fra starten brukte man metoden sammen med barn med spesielle behov, ved bruk av sang, piano og tromme/symbol. Etter hvert har CMT utviklet seg til å omfavne flere klientgrupper og et større spekter av instrument- og genrebruk (Næss & Ruud, 2007).

4. Forskningsdesign og metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for forskningsdesign, vitenskapsteoretisk grunnlag, metode og prosedyrer som er brukt i dette forskningsprosjektet.

4.1. Kvalitativt forskningsdesign

Dette prosjektet har et kvalitativt forskningsdesign (Thornquist, 2003, s. 202), da jeg i prosjektet søker en forståelse av brukeres opplevelse av musikkterapi, som jeg selv har møtt som musikkterapeut. Kvalitativ forskning søker forståelse av menneskers opplevelser og meningsdannelser, noe som impliserer at forskeren trenger god kjennskap til deltakerne i forskningen (ibid.). Forskningen må så presenteres på en måte som rommer deltakerne som meningsbærende og fortolkende subjekt. Et forskningsdesign er en logisk plan for å på en hensiktsmessig måte ta seg fra forskningsspørsmål til konklusjon (Yin, 2014). Derav falt valget på kvalitativt forskningsdesign, da jeg opplever at det samsvarer med oppgavens problemstilling og åpner for muligheten til å søke etter en dyp og helhetlig forståelse av brukernes egne opplevelser.

4.2. Fortolkende fenomenologi

Det vitenskapsteoretiske og filosofiske grunnlaget for dette forskningsprosjektet er fortolkende fenomenologi. Fortolkende fenomenologi er en forening av fenomenologi og hermeneutikk. Jeg vil her kort presentere de to retningene, før jeg knytter dem direkte til dette forskningsprosjektet.

4.2.1. Fenomenologi

Husserl var fenomenologiens grunnlegger (Thornquist, 2003). Et av hans mest kjente utsagn er ”*til saken selv*”, og han fokuserte på hvordan fenomener, det vi ser og opplever, viser seg for vår bevissthet. For å komme til denne forståelsen av fenomener, er man nødt til å sette alle sine personlige interesser i parentes, for å la fenomenet tre frem. Dette kalte Husserl for *epoché* (ibid.). Målet er så å søke etter fenomenets essens, kalt eidetisk reduksjon, å skrelle bort lag på lag av forestillinger av fenomenet, til man kommer til kjernen av det (Smith et al., 2009). Fenomenet som er i fokus i dette prosjektet er brukernes opplevelser i musikkterapien.

Fenomenologien var en reaksjon mot tidligere vitenskapstradisjoner som tydelig skilte objekt og subjekt fra hverandre. Husserl mente at et objekt ikke kan eksistere uten at et subjekt oppfatter det, at ingenting kan vise seg om det ikke er noen som ser det (Thornquist, 2003). Dette er sentralt i dette prosjektet, da *opplevelser* tilsier at det er noen som opplever noe. Opplevelsen hadde ikke eksistert hvis brukeren ikke hadde vært tilstede og møtt musikkterapien.

Etter Husserl kom flere fenomenologer som videreførte filosofien, blant annet Heidegger, Merlau-Ponty og Sartre (ibid.). I stedet for Husserls bilde av den som opplever som uavhengig av kontekst, så de der imot mennesket som situert i verden, med en individuell opplevelse av fenomener (Smith et al., 2009). I dette prosjektet blir det tydeliggjort gjennom det humanistiske verdigrunnlaget, som erkjenner at personlig historiske, kulturelle og sosiale aspekter påvirker individets opplevelser (Ruud, 2008). Det finnes flere fenomenologiske perspektiver på dette, men jeg vil trekke frem Heidegger som sentral for dette forskningsprosjektet. Heidegger myntet begrepet *dasein*, ”der-væren”, som handler om at individet har en unik plassering i verden i egenskap av å være menneske. Man eksisterer og oppfatter alt i relasjon til sin kontekst, og dette påvirker vår persepsjon og bevissthet (Smith et al., 2009).

4.2.2. Hermeneutikk

Hermeneutikken fokuserer på fortolkning og meningsdannelse. Det ble utformet for tolkning av bibliske tekster, men bruken har blitt overført til å gjelde andre forskningsarenaer (Thornquist, 2003). Hermeneutikerne beskjeftiger seg med forholdet mellom den som studerer og det som skal studeres. I dette tilfellet vil det være forholdet mellom meg som forsker og datamaterialet til denne oppgaven. Gjennom grundige gjennomganger av et materiale kan vi få en alt dypere forståelse av det, og finne nye meninger som ikke viser seg ved første blick.

Heidegger er et sentralt navn også innen hermeneutikken. I motsats til Husserl, tenkte han at alt vi opplever, tolker vi gjennom tidligere erfaringer (Smith et. al., 2009). Dessuten argumenterte han for at når ting vel er oppe i bevisstheten, kan det være verdifullt å se etter fordekte meninger i det man opplever, gjennom å studere og tolke det. På den måten anså han hermeneutikken som en videreføring, og en del av, fenomenologien. Disse nye erfaringene og forståelsene kan i sin tur påvirke vår forståelse av tidligere erfaringer (ibid.)

Et kjernebegrep innen hermeneutikken er den hermeneutiske sirkel. Dette viser på bevegelsen mellom del og helhet i materialet som studeres, og at vi, gjennom å skifte fokus mellom dem, påvirker hverandre og hvordan vi ser på materialet (Smith et. al., 2009). I senere tid har den hermeneutiske spiral isteden blitt foreslått som et mer passende uttrykk (Thornquist, 2003), da bildet av spiralen viser at vi ikke går tilbake til eksakt den samme forståelsen vi hadde tidligere. Jo mere vi arbeider med noe, jo dypere forståelse får vi av materialet. Denne metaforen har også etter hvert kommet til å romme andre aspekter av den hermeneutiske prosessen. F eks tanken om hvordan vår forforståelse og forståelse vil påvirke og forandre hverandre alt ettersom arbeidet forløper (Smith et. al., 2009). Dette har vært en stor del av analyseprosessen i dette prosjektet, og vil forklares detaljert senere i dette kapittelet.

4.2.3. En forening av fenomenologi og hermeneutikk

Slik jeg forstår det, handler fenomenologi om opplevelsen av noe, som fremtrer uten vår aktive påvirkning. Fenomenologiens streben er å sette alle fordommer og formeninger vi kan ha om noe til siden, for å se det for hva det virkelig er. Hermeneutikk på den andre siden er en prosess der vi gir plass for vår forforståelse og kontekst, og helt bevisst bruker og reflekterer rundt det for å forstå meningen i det vi studerer.

Det er debattert om hvorvidt fenomenologi og hermeneutikk kan forenes, da de har noen grunnleggende forskjeller (Johansson, 2016). En sammenheng mellom de to kan som nevnt tidligere, forklares gjennom Heidegger og hans teorier, som var både fenomenologiske og hermeneutiske (Smith et. al., 2009). I dette forskningsprosjektet ser jeg på disse to vitenskapsteoriene som kompletterende. Prosjektet ønsker å finne ut av brukeres opplevelse av et fenomen, og gjennom systematisk analyse av deres utsagn vil jeg finne frem til noe som kan betraktes som en essens. Dette kan plasseres innen fenomenologien. Imidlertid vil min gjengivelse av brukernes utsagn alltid innebære en fortolkning, og gjennom analyseprosessen vil min forforståelse påvirke hvilke essenser som fremtrer. For å tydeliggjøre denne prosessen vil prosedyrene bli grundig redegjort for i avsnitt 4.4. Fremgangsmåter og prosedyrer. Dette vil da være en hermeneutisk prosess. Det blir dermed en reduksjonistisk, fenomenologisk prosess som tar hensyn til kontekst og forforståelse, og søker mening og essens i det som fremtrer gjennom systematisk analyse.

4.3. Casestudie

Dette prosjektet er utformet som *Instrumental embedded single-case research*. Dette utgjør metoden for prosjektet. Da musikkterapien foregår i brukernes liv og hverdag, ønsket jeg at forskningsmetoden skulle være fleksibel for å kunne tilpasse det til musikkterapien alt ettersom den forløp. Case-studieforskning er rettet mot samtiden og fordrer ikke kontroll over kontekster rundt forskningssituasjonen (Yin, 2014). Grunnet dette vurderes case-studieforskning som en adekvat forskningsdesign for dette prosjektet. Jeg vil videre redegjøre for valget av retning innen case designet.

Studien er instrumentell, ("instrumental"), da den søker forståelse av betydningen for brukergruppa, mer enn brukerne individuelt (Stake, 1995). Dette kan trekkes tilbake til problemstillingen. Prosjektet søker en samlet forståelse av hva et musikkterapeutisk tilbud kan bety for denne brukergruppa, mer enn en redegjørelse for enkeltindividenes opplevelse.

For å best svare på problemstillingen, landet prosjektet i en embedded single-case form (Yin, 2014, s. 46). Der utgjør hver enkelt av brukerne en analyseenhet, som så danner et helhetlig case som brukergruppe. I starten av prosjektet arbeidet jeg med materialet som et multiple case-studie (ibid.), som innebærer at hver enkelt bruker skulle presenteres som et fristående case. Valget å gå fra dette og presentere datamaterialet som et samlet case, ble tatt av to hovedgrunner. For det første er det av hensyn til anonymisering, som jeg vil komme tilbake til i avsnittet om etikk. For det

andre er det i henhold til problemstillingen, som, som tidligere nevnt, søker en mer overordnet forståelse av deres opplevelser i musikkterapien. Hvordan dette har blitt gjort i praksis vil forklares nærmere i redegjørelsen av analyseprosedyren.

4.4. Fremgangsmåter og prosedyrer

4.4.1. Bakgrunn for prosjekt

Dette forskningsprosjektet startet i et praksissamarbeid mellom Norges musikkhøgskole og en kommunal avdeling for psykisk helse, og strekker seg fra høsten 2016 til sommeren 2018. I vårsemesteret 2017 etablerte jeg et musikkterapeutisk tilbud for interesserte brukere ved avdelingen, med veiledning av en psykolog på avdelingen og en musikkterapeut ved Norges musikkhøgskole. Dette semesteret ble evaluert sammen med veiledere etter praksisperioden, og gjorde at jeg fikk anledning til å bli kjent med avdelingen og brukergruppen før datainnsamlingen til dette forskningsprosjektet startet i høstsemesteret 2017.

4.4.2. Rekruttering av informanter

Tilbudet om deltagelse i prosjektet var åpent for alle aktive brukere ved den kommunale avdelingen. Det var ingen avgrensninger i forhold til type diagnose eller problematikk hos brukerne, da musikkterapien i dette prosjektet ikke tar utgangspunkt i diagnoser (Gold et. al., 2013), men heller i interesse for musikk eller å prøve musikkterapi. En av brukerne som deltok i musikkterapi i vårsemesteret hadde mulighet til, og ønske om, å fortsette med musikkterapien. Rekrutteringen av de to andre brukerne som deltok i prosjektet ble gjort gjennom et informasjonsmøte om prosjektet for de ansatte ved avdelingen. Etter dette møtet ble de ansatte spurt om de kjente noen brukere som kunne være interessert i å delta. Denne fremgangsmåten ble valgt på grunn av at de ansatte kjente brukerne fra før av. Dessuten har avdelingen ikke noen naturlige møtested å samle brukerne personlig, da avdelingen jobber mot hjemmebaserte tjenester. Gjennom de ansatte fikk jeg kontakt med tre interesserte brukere, hvorav to valgte å delta i prosjektet. Før oppstart av musikkterapien fikk brukerne et informasjonsskriv om prosjektet, og signerte et samtykkeskjema⁷ for deltagelse. Dette gikk vi gjennom sammen med deres kontaktpersoner ved avdelingen før signering.

⁷ Se vedlegg 1: Samtykkeskjema for deltagelse i prosjektet

4.4.3. Datainnsamling

Før datainnsamlingsprosessen startet søkte jeg om godkjenning hos NSD (Norsk senter for forskningsdata), som er personvernombud for Norges musikkhøgskole, og fikk prosjektet godkjent.⁸ Jeg valgte jeg å bruke flere datainnsamlingsteknikker i musikkterapisesjonene for å få et så bredt datagrunnlag som mulig. Mine hoveddatakilder er deltakende obeservasjon (Fangen, 2004) i musikkterapien, og semi-strukturerte intervju med brukerne. Begge har blitt dokumentert gjennom lydopptak og transkripsjoner av disse. Logg- og refleksive notater har fungert som støtte til transkripsjonene i analyse- og drøftingsprosessen. Jeg vil gi en nærmere beskrivelse av denne prosessen videre i dette avsnittet.

I musikkterapisesjonene brukte jeg deltagende observasjon (ibid.). Etter hver time skrev jeg refleksive loggnotater fra timen, som i hovedsak har fungert som et hjelpemiddel for å skille ut mine tolkninger og forforståelser i analyseprosessen av datamaterialet. I starten hadde jeg tenkt å bruke noen nøkkelspørsmål i hver time for å få fokus på musikkopplevelsene, men da samtaler om aktivitetene ble en naturlig del av musikkterapisesjonene valgte jeg å gå fra dem. Dette for å holde musikkterapisesjonene så naturlige og fleksible som mulig, og åpne for muligheten til å følge brukernes initiativ i størst mulig grad. For å klare å skille min rolle som musikkterapeut og deltagende observatør i musikkterapisesjonene, tok jeg lydopptak av alle sesjoner med en vanlig lydopptaker, for å ha tilgang på så korrekt gjengivelse av brukernes utsagn som mulig.

Etter endt musikkterapiforløp holdt jeg individuelle semi-strukturerte intervju med hver bruker.⁹ Den semi-strukturerte intervjuformen bygger på temaer som skal bli løftet, og noen eksempelspørsmål som kan brukes i intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2009). Denne formen ble valgt for å åpne for at brukerne skulle få fortelle om det som var viktig og sentralt for dem personlig i musikkterapien. Spørsmålene til intervjuene ble formet før praksisstart, og så kontrollert i forkant av intervjuene, så de fortsatt var relevante til hvordan musikkterapien hadde utviklet seg. Intervjuene ble også tatt opp på lydopptak. Alle opptakene ble spart på eksterne lagringsenheter, og bevart i en låst boks. Disse opptakene vil bli slettet når dette forskningsprosjektet er avsluttet.

Transkripsjoner av opptakene fra musikkterapisesjonene og intervjuene ble gjort i desember 2017. Disse er også bevart i digital form på minnekort i en låst boks. Transkriberingen av intervjuene ble gjort ordrett, med unntak av anonymisering av personlig informasjon.

⁸ Se vedlegg 2: Godkjenning av forskningsprosjekt fra NSD

⁹ Se vedlegg 3: Guide for semi-strukturert intervju

Musikkterapitimene fra lydopptakene ble transkribert gjennom notater av hvilke aktiviteter som ble gjort, i tillegg til hvilken musikk som ble lyttet på og samtaletemaer. Der samtalene handlet om opplevelser av musikkterapien ble timene transkribert ordrett.

4.4.4. IPA-analyse

Interpretative Phenomenological Analysis¹⁰ (IPA) er en analysemetode som er basert på fortolkende fenomenologi, og har dermed trekk fra både fenomenologi og hermeneutikk, som er presentert tidligere. Dette viser seg gjennom at forskningen retter fokus mot en dyp forståelse av menneskers opplevelser, samtidig som man erkjenner Heideggers filosofi om at alle opplevelser hos et individ blir påvirket av kontekst og forforståelse (Smith et. al., 2009). En systematisk tilnærming brukes for å fordype forståelsen av materialet, noe som er en fortolkningsprosess. IPA trekker også inn idiografi¹¹ som en tredje vitenskapelig influens (ibid., s. 29). Idiografi er, i motsetning til nomotetisk kunnskap som er mer rettet mot generaliseringer, opptatt av det spesifikke, og samsvarer på så måte godt med single-caseforskning (ibid.) I IPA vil det si at man fokuserer på detaljer, og isteden går på dybden i analysen. I tillegg er IPA rettet mot å forstå et spesifikt opplevd fenomen, som i denne sammenhengen er opplevelser av musikkterapi, sett fra et spesifikt perspektiv (brukeropplevelser) i en spesifikk kontekst (kommunale hjemmebaserte tjenester). Det innebærer dog ikke at alle brukerne innen dette feltet vil oppleve det samme som presenteres her. Resultatene som presenteres i denne oppgaven er opplevelser hos disse tre brukernes, ut ifra musikkterapien som ble gjennomført sammen med dem høsten 2017.

Idiografi tar imidlertid ikke helt avstand fra generaliseringer (Harré, 1979, i Smith et. al., 2009). Den ser isteden en alternativ måte å komme til dem på, gjennom å først lokalisere dem i det spesifikke og derfra utvikle dem forsiktig. For dette prosjektet innebærer det en forhåpning om at resultatene fra forskningen kan si noe om funksjonen av musikkterapi innenfor denne konteksten.

IPA-analyse er brukt i all analyse av transkripsjonene, først intervjuene, så musikkterapitimene.¹² Det oppfordres til at analysen gjøres med penn og papir (Smith et al., 2009), noe som ble etterfulgt i en stor del av analysen. I slutten av analyseprosessen ble materialet organisert i excel-ark. Videre følger en detaljert redegjørelse for prosedyrene, delt opp i seks trinn.

¹⁰ Heretter forkortet til IPA.

¹¹ Denne oppgaven går ikke i dybden på idiografi, da den i hovedsak er knyttet til fortolkende fenomenologiske vitenskapelige retningene.

¹² Utdrag fra analyseprosessen er ikke vedlagt oppgaven av konfidensialitetsgrunner. Dette kan ettersendes til sensor om ønskelig.

Jeg vil gjøre rede for variasjonene mellom analyse av intervjuer og musikkterapitimer under hvert av trinnene:

1. trinn: Reading and re-reading

Det første trinnet handler om å lese transkripsjonene, gjerne flere ganger, for å bli kjent med materialet. Jeg startet med å printe ut alle transkripsjoner på papir. I følge Smith, Flowers og Larkin (2009), er det lurt å høre på opptaket samtidig som du leser gjennom transkripsjonen første gang, for å komme så nært materialet og situasjonen som mulig. Dette etterfulgte jeg i analysen av intervjuene. Transkripsjonene fra musikkterapisesjonene leste jeg igjen uten å høre på opptakene.

2. trinn: Initial noting

I dette trinnet markere jeg sitater som kunne være relevant for forskningsprosjektet, og noterte i marginen hvordan jeg forsto hva sitatet handlet om. Her er fokuset at med et åpent sinn se etter alt som kan være interessant for forskningen, og målet er å bli godt kjent med teksten (Smith et. al., 2009). De anbefaler en kategoriseringsteknikk til å bruke innen dette trinnet, men for å holde prosessen så intuitiv og direkte som mulig valgte jeg å gå bort ifra det. Jeg startet med å markere tekst som fremsto som viktig for prosjektet, og ved hver markering noterte jeg hvorfor teksten opplevdes som viktig (ibid.). Notatene ble skrevet ned til høyre for transkripsjonen.

3. trinn: Developing emergent themes

I denne delen av prosessen trekkes fremtredende temaer i teksten ut fra kommentarene fra foregående trinn sammen med transkripsjonen (Smith et. al., 2009). Takket være layouten, med transkripsjon og notater ved siden av hverandre, var det lett tilgjengelig å hele tiden gå tilbake å sjekke med sitater fra brukerne, at temaene som oppsto kunne knyttes tilbake til deres utsagn. Noen markeringer kunne få flere temaer notert ved seg. Temaene ble notert til venstre for transkripsjonen (ibid.). Når jeg var ferdig med en transkripsjon skrev jeg inn alle temaer fra dette trinnet inn i et digitalt dokument.

4. trinn: Searching for connections across emergent themes

Dette er en kartleggingsfase over de temaer som står igjen etter foregående trinn. I intervjuene valgte jeg å printe ut en liste på temaene fra hvert intervju. Deretter klypte jeg de ut og organisere de i forskjellige kategorier for hånd (Smith et. al., s. 96). For musikkterapitimene lagde jeg tabeller i et excel-dokument, og brukte fargekoder for å kategorisere temaene. Så grupperte jeg dem i nye

tabeller etter kategori. Smith, Flowers og Larkin (ibid.) presenterer flere prosedyrer for gjennomføring av dette. Disse har vært i bruk ilt analyseprosessen i dette prosjektet:

- Jeg brukte fremst *Abstraksjon* (abstraction), å samle lignende temaer i en kategori, å så gi et overordnet navn til kategorien (ibid. s. 96).
- Noen ganger var et av temaene så beskrivende at det fikk være overordnet, noe som hører under *Innordning* (subsumpsion) (ibid. s. 97).
- *Polarisering* (polarization) setter motsatser opp mot hverandre (ibid. s. 97). Dette opplevde jeg så sentralt at det fikk følge med til en av hovedkategoriene som analyseprosessen endte opp med.

Etter dette ble kategorier fra intervjuene og musikkterapitimene håndtert på samme måte. De ble satt inn i et digitalt dokument, der jeg for å understøtte kategoriene lagde tabeller med brukersitater som hørte til de forskjellige kategoriene. I denne prosessen har jeg også renskrevet og oversatt alle sitater, for å sikre anonymiseringen av brukerne mest mulig.

5. trinn: Moving to the next case

Dette trinnet handler om å gjennomføre trinn 1-4 på alle transkripsjoner.

6. trinn: Looking for connections across cases

Når alle transkripsjoner i trinn 1-5 var ferdig, samlet jeg først kategoriene fra musikkterapitimer og intervjuer til hver bruker i separate tabeller og så etter fellestrekk og forskjeller. Ut ifra dette lagde jeg en ny samlet tabell for hver av brukerne. Etter det samlet jeg alle kategorier fra alle brukere i et felles dokument, og så etter fellestrekk og forskjeller i helheten. Dette kan ofte innebære noen revideringer av temaer og kategorier (Smith et. al., 2009), slik det gjorde for min del. For å sikre meg kategorier som var representative for datamaterialet, gikk jeg frem og tilbake mellom de forskjellige trinnene og jobbet nøye med at alle trinn skulle overensstemme. Det resulterte i tre hovedkategorier, med noen tilhørende underkategorier.¹³ Disse vil presenteres i kap 4. Resultater.

4.5. Etikk

I dette avsnittet vil jeg drøfte etiske overveielser som har vært gjort i dette prosjektet. Ettersom prosjektet berører personlig informasjon om brukerne, var innmelding til og godkjenning av

¹³ Se vedlegg 4: Utdrag fra analyseprosessen: hovedkategorier

prosjektet hos NSD (Norsk senter for forskningsdata)¹⁴ klarert før oppstart. Vi gikk sammen igjennom informasjonsskriv og samtykkeerklæring for deltakelse i prosjektet, der også brukernes kontaktperson ved avdelingen var tilstede. Dette for å unngå en opplevelse av tvang til deltagelse for brukerne, samt en trygghet der kontaktpersonen kunne støtte brukeren i å stille spørsmål om deltakelsen i prosjektet. Jeg valgte også å vente en uke med oppstart av musikkterapien etter at brukeren signert samtykkeerklæringen, for å gi dem tid til å endre seg hvis de skulle ønske det.

Samtidig som dette har vært et forskningsprosjekt, har det vært sentralt å ivareta brukernes opplevelse av musikkterapien. I musikkterapisesjonene har jeg prøvd å legge fra meg forskerrollen, for å klare å være tilstede sammen med brukeren i den musikkterapeutiske prosessen. Dermed valgte jeg å supplere min rolle som forsker og deltakende observatør med lydopptak, for å gi så stor plass som mulig for rollen som musikkterapeut i møte med brukerne. Etter hvert praksistilfelle overførte jeg opptakene til en ekstern lagringsenhet som ble oppbevart i en låst boks. Hver gang jeg har jobbet med materialet har det vært ved en datamaskin med frakoblet internet.¹⁵

For å ivareta konfidensialiteten rundt prosjektet, og brukernes anonymitet (Mohlin, 2008), har flere grep blitt gjort i forskningsprosessen. Brukersitatene som er brukt i oppgaven er språklig renskrevet, og det er ikke spesifisert hvem som er knyttet til de ulike sitatene, for konfidensialitet i forhold til brukernes anonymitet. Derfor er ikke heller den kommunale avdelingen navngitt. Dette for å verne om brukernes anonymitet, samt å ikke bryte den terapeutiske alliansen som jeg og brukerne sammen har skapt gjennom prosjektet.

Det faktum at forskeren i dette prosjektet også er terapeut og intervjuer i musikkterapien som utgjør datamaterialet for prosjektet, har også implikasjoner for forskningen. Det innebærer at jeg har et svært nært forhold til datamaterialet, noe som kan oppleves som problematisk i forhold til funnenes troverdighet. Ruud (1992) skriver om at det i kvalitativ forskning settes krav på dokumenterbarhet, både i forhold til datamateriale og i tolkningsprosessen, for at leseren ska ha mulighet til å forstå resultatene. For en umiddelbarhet og forståelsesnærhet (ibid.) til datamaterialet, er direkte brukersitater sentrale i resultatutviklingen, i et forsøk å tydeliggjøre den førvitenskapelige forståelsen. Analyseprosessen har blitt grundig beskrevet for å oppnå god dokumenterbarhet av tolkningsprosessen, og forskerens personlige forforståelse samt teoretiske forståelsesgrunn er gjort rede for. Ruud (ibid.) og Trondalen (2007) skriver om dette som forskerens medbevegelse i slike situasjoner. Det innebærer et nært kjennskap til forskningen, men også et ansvar for å gjøre rede for hva som er personlig teoretisk forståelse, og hva som er faktiske

¹⁴ Se vedlegg 2: Godkjenning av forskningsprosjekt fra NSD

¹⁵ Disse prosedyrene ble valgt i samråd med veileder til prosjektet.

situasjoner i forskningsprosessen. Også denne har jeg tydeliggjort etter beste evne gjennom hele oppgaven.

4.6. Metodekritikk

Jeg vil starte med å adressere min dobbeltrolle som musikkterapeut, intervjuer og forsker. Som nevnt tidligere, brukte jeg lydopptaker i musikkterapitimene for å unngå at musikkterapeut- og forskerrollen skulle gå inn i hverandre i møtet med brukerne. Dog fikk jeg et dilemma i rollen som intervjuer. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at det er viktig å adressere problematikken i maktforholdet mellom forsker og bruker. Jeg opplevde her at det var en stor risiko for meg som intervjuer å fremkalle spesifikke responser hos brukerne. I løpet av musikkterapien hadde jeg, som terapeut, utviklet en relasjon til brukerne. De visste at dette var siste gangen vi skulle møtes, og jeg var bevisst på at det var en stor sjanse at dette påvirket brukerne til å si snille og gode ting om musikkterapien i intervjuet. En måte å løse dette på kunne vært å la noen andre holde intervjuet med brukerne. Dette kunne dog innebære andre utfordringer, da denne eventuelle andre intervjupersonen ikke ville ha forståelse for, eller referansene til, hva som kunne komme opp i intervjuet. Thornquist (2003) skriver om forskerens bruk av seg selv og sin menneskelighet som forskningsinstrument, som en av grunnpilarene i kvalitativ forskning. Min rolle som deltaker i musikkterapien gjorde at jeg hadde en dypere forståelse av det brukerne bragte inn i intervjuet og kunne stille fordypende følgespørsmål til temaene som kom opp.

For å unngå å bare få datamateriale som er sagt av velvilje til terapeuten, har jeg derfor valgt å gi like stor vekt til transkripsjonene fra musikkterapitimene og intervjuene. Musikkterapisesjonene bygget på en mer samhandlende og likestilt situasjon, der vi var i felles aktiviteter og på en mer naturlig måte diskuterte opplevelsene som kom opp. Det har også gjort det mulig å få innblikk i brukernes opplevelse av musikkterapien både i øyeblikket og i deres refleksjoner i intervjuene etterpå.

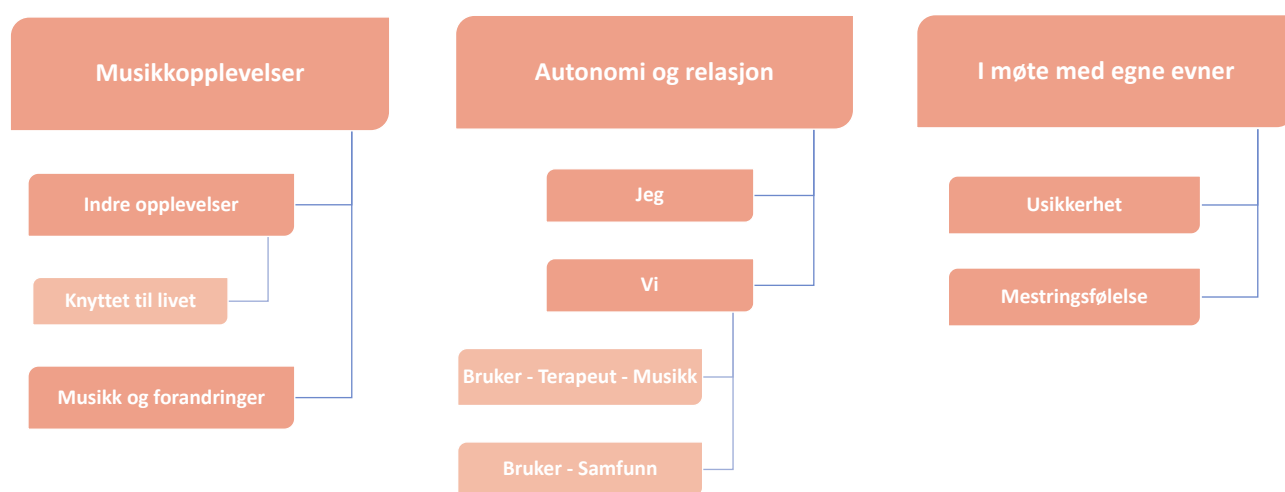
Smith, Flowers og Larkin (2009) adresserer problemet som nybegynner i forskerrollen. Dette er den første gangen jeg gjennomfører denne typen prosjekt. De påpeker at mange nye forskere gjerne holder seg ganske nært datamaterialet som blir analysert (transkripsjonene) og ikke går like dypt i analysen som en mer rutinert forsker hadde gjort (ibid.). For å være transparent om min medbevegelse som forsker og musikkterapeut i forskningsprosjektet (Trondalen, 2007), har jeg gitt stor plass til brukernes sitater i presentasjonen av resultatene. Dette for at det skal være tydelig og lett å forstå hvor resultatene kommer fra.

Balansen mellom analyseenhet og case kan være en utfordring i arbeid med instrumental embedded single-case forskning (Yin, 2014), noe som i dette prosjektet innebærer risikoen for ubalanse mellom representasjonen av bruker og brukergruppe. Jeg har redegjort for grunnene til valget av denne utformingen av hensyn til anonymisering, og at problemstillingen spør etter brukernes opplevelse som gruppe. For å unngå at brukerstemmen forsvinner helt, har jeg valgt å løfte frem og vektlegge brukerne sine stemmer tydelig, samt å verifisere de endelige kategoriene med brukersitater, i resultatutviklingen. Jeg er bevisst på at de individuelle brukerstemmene ikke fremkommer i studien. Dette begrunnes igjen med anonymisering, for å ivareta at brukerne ikke skal kunne identifiseres.

5. Resultater

I dette kapittelet vil resultatene fra analysen av datamaterialet bli presentert. De kategorier som blir presentert vil begrunnes gjennom sitater fra brukerne¹⁶, hentet fra både intervjuene og musikkterapitimene. Det er viktig å poengtere at resultatene viser hvordan forskeren i prosjektet har forstått analyseresultatene, så hvert sitat introduseres med min forståelse av det. På den måten ønsker jeg å synliggjøre både det fenomenologiske og det hermeneutiske aspektet innen fortolkende fenomenologi.

Analyseprosessen endte opp i tre hovedkategorier; *Musikkopplevelser*, *Autonomi og relasjon* og *I møte med egne evner*. Hovedkategoriene er i sin tur oppdelt i underkategorier, som presentert i figuren under.



¹⁶ Sitatene er redigert pga brukernes anonymitet (se avsnitt 3.5. Etikk), samt leservennlighet.

Jeg vil nå gå gjennom kategoriene hver for seg. Etter hver kategori følger en kort drøfting av kategorien. B står for bruker og T for terapeut i sitatene.

5.1. Musikkopplevelser

Kategorien er oppdelt i *indre opplevelser* og *musikk og forandringer*. Den førstnevnte kategorien har en egen underkategori som er opplevelser *knyttet til livet*.

5.1.1. Indre opplevelser

Flere av brukerne har, etter ønske, hatt reseptive aktiviteter i musikkterapien. Dette har vekket forskjellige emosjoner og opplevelser. En bruker opplevde avspenning og konsentrasjon;

B: Jeg ble veldig rolig av det, og det var nydelig at du nynet. Avspennende. [...] Jeg bara hørte på det du spilte og nynet. Jeg bare konsentrerte meg så alt det andre ble borte.

Avspenningen i reseptive aktiviteter ble også sammenlignet med å reise;

B: For meg, så lenge jeg ikke skal prestere [...] så er musikk generelt veldig sånn, avslappende, fordi jeg kan koble av for det er ikke mitt ansvar. [...] Også oppleve noe nytt uten å nødvendigvis gå ut av huset, du kan liksom reise jorden rundt, uten å gå ut av stua, du får liksom en opplevelse av at du har vært et annet sted, hvis det gir mening. Og det er mye enklere hvis du hører noen andre spille enn deg selv, for hvis det er meg selv som spiller så blir jeg veldig opptatt av at ”åh nei blir dette riktig?” [...] Hvis det er noen andre som spiller og de spiller ikke fra liksom, et fast sett, de notene til den sangen liksom, så opplever du jo ofte noe annet som du ikke ville spilt selv[.]

En bruker sammenlignet det med omsorg, å bli tatt vare på;

B: Det er så gøy å høre på andre spille. Det er litt sånn som, jeg liker å bli ordna håret på. Sånn, børsting og ordning og sette opp og sånn, høre på andre spille er også sånn, det er veldig avslappende da, for lille stressa meg. Og det er liksom sånn, det krever null ting av meg utover at jeg må låne bort ørene mine da, det er sånn, det er ikke noe press på at man skal prestere eller sånn[.]”

En bruker så bilder av å høre terapeuten spille og beskrev opplevelsen slik;

B: Det er veldig vanskelig å forklare, men jeg får sånn, følelse av at jeg flyr sånn over en skog. [...] Det er befriende på en måte [...] og det tror jeg har like mye med, altså, deg som personlighet og min angst på en måte, altså ”det er ikke mitt ansvar at ting skal gå fremover”[...]

En bruker opplever at musikken spiller videre inni henne, når sangen er ferdig;

B: Denne lyden er igjen, igjen inni meg, lydene fortsetter.

Knyttet til livet

Når det gjelder musikkopplevelser *knyttet til livet*, har brukerne naturlig nok forskjellige opplevelser av dette. En av brukerne har brakt inn spirituell musikk i musikkterapien, noe som oppleves som en sentral del i musikkopplevelsen hennes;

B: Det er vår religion, så vi føler oss veldig rolige, og glade[av musikken]. Da det er spesielt for meg.

B: Når vi synger denne typen [musikk], så er jeg hundre prosent sikker på at vi alle føler oss veldig bra, av å høre det.

En av brukerne trekker inn personlige erfaringer i musikken som brukes i musikkterapitimene. For eksempel fra samtaler med nærstående;

B: Det er som [partneren] min sier, at det er i oppbakke det går oppover. Så når jeg hører denne sangen så tenker jeg på at, når man møter et fjell, så går det jo oppover ”

Disse personlige opplevelsene kunne også være knyttet til vanskelige opplevelser;

B: Jeg synes det er en utrolig bra sang[...] Den betyr også mye for meg, for det er liksom, å si til de som tror de kjenner meg at, jeg skal vise dere hvem jeg egentlig er.

B: Ja, men det gjør ikke vondt når jeg synger den sangen. [...] Det gjør at jeg må strekke meg framover, selv om jeg noen ganger må klatre fjell så, å minnene kommer tilbake, må jeg bare framover. [...] Ja, tenke framover.

Musikken kan også kobles sammen med andre aktuelle opplevelser i hverdagen, som møter med mennesker som gir assosiasjoner til eget liv;

B: [...]Ja, og han hatt et tøft liv og, på en måte så har jeg i perioder hatt det tøft jeg også, uten å gå inn på detaljer i det, det er jeg ferdig med. Mm, så jeg kjenner meg veldig igjen i den sangen fordi når jeg har hatt det tøft så er det som å klatre opp et fjell.

En bruker trekker inn minner i musikken, og opplever at musikken påvirker relasjonen til disse minnene;

B: Den betyr så mye for meg, fordi att det er barndomsminner for meg. [...]At somrene var så fine.

T: Sitter det noen følelse koblet til det?

B: Jaa! At jeg har gode barndomsminner også.

T: Det er jo kjempeviktig! Hvordan har du det då når du tenker på dem?

B: Jeg har det veldig godt i meg, godt i hjertet.

Det trekkes frem at spesifikk musikk kan kobles til spesifikke opplevelser, og er knyttet til fremtidstanker;

B: [...] Hver gang jeg hører på disse her, apropos sånn liksom ting man kan komme på å huske og tenke på, da, så er det jo hver gang jeg hører disse her så er jeg jo tilbake på festival. [...] Mitt store mål er å bli så frisk at jeg kan dra på festival igjen. [...] Det har jeg veldig lyst å dra på.

En bruker poengterer også hvor nært musikken er knyttet til den man er;

B: Ja det sier ganske mye om folk også, egentlig. Jeg har en følelse av at det sier mer enn folk tror.

5.1.2. Musikk og forandring

Brukerne har uttrykt at musikkterapien forandrer noe for dem. En av brukerne omtaler det som ”noe nytt” eller ”noe annet” enn hverdagen ellers;

B: Nei, jeg synes det har vært veldig bra, og så er det så god avveksling da, det er jo noe med det atte, når man er langvarig syk generelt så har det tendens til å bli veldig sånn, hvis du ikke er i utredningsfaser eller sånt, så blir det veldig sånn, monotont, og du ser veldig få folk som ikke er dine behandlere da, ofte fordi man har ikke overskudd å dra så mye bort og sånt, sånn atte, det blir veldig mye av det samme på en måte. Så at det er god avveksling å liksom, ja, oppleve noe annet som du ikke nødvendigvis opplever hver dag, og se et annet menneske da. Fordi jeg ser jo psykologer og så, samtaleterapi og sånn, men det er jo liksom, jeg snakker om hva som er inni hodet mitt bare. [...] Og det har du hjulpet med liksom, å liksom, det blir noe som er utav den vanlige hverdagen da. Selv om du ikke trenger å, ha så mye overskudd og dra på store utflukt eller et eller annet sånt noe.

Musikkterapien ser ut til å forandre noe hos brukerne. Lyst og glede blir nevnt, både personlig og i forhold til musikken;

B: Ja, altså, generelt over det vi har gjort har gitt meg mere inspirasjon og mere lyst til å gjøre andre ting fordi du opplever noe nytt.

B: Ja, altså, mesteparten av musikk, så lenge jeg ikke er i så dårlig form[.]at jeg ikke klarer å høre noe, så blir jeg liksom, oppløftet for, det er noe som foregår.

B: Du har fått meg til å fokusere enda mere på det som er positivt, og det som er bra. Og fått meg til å tenke over teksten i sangene enda mer.

B: Når vi har vært [hatt musikkterapi] føles det bedre [..] Musikkterapi gir en god følelse.

En av brukerne sammenligner musikkopplevelsen med følelsen av å stå opp om morgenen, og sier;

B: [...] Når vi spiller denne sangen, føler jeg meg rolig [...] Rolig, en god følelse, og klar for å gjøre noe annet. [...] Noen ganger vil jeg bare sitte, og ikke gjøre noe. Men det er som når man har sovet godt en natt, og står opp om morgenen, en friskhet.

5.2. Autonomi og relasjon

Både rommet for brukerens autonomi og det relasjonelle aspektet har vært gjennomgående temaer gjennom musikkterapien. Relasjon er oppdelt i den personlige relasjonen mellom *brukeren*, *terapeuten og musikken*, og mellom *brukeren og samfunnet*.

5.2.1. Jeg

Autonomi betyr selvstyre (Sagdahl, 2017). Brukerne har i stor grad tydelig ledet an og tatt avgjørelser i musikkterapien. For eksempel som avgrensning på hvilke temaer som fokuseres på i musikkterapitimene;

T: [...]Du har jo også fortalt om noen litt vanskelige episoder.

B: Ja, og det er bare en dråpe av det jeg har opplevd. Resten tar jeg opp med [kontaktperson].

T: [...] Er det noe mer du har lyst å si om det egentlig?

B: Nei, egentlig ikke.

Å bli sett som en selvstendig person, kan oppleves som en kontrast til å bli møtt i andre behandlingsformer;

B: De behøver ikke nødvendigvis å forstå hva slags diagnoser, men det å bli sett på som selvstendig menneske [...]

Musikkterapi omtales som et rom der man kan regulere nye opplevelser, i kontrast til opplevelsen av å leve med sykdom;

B: [...] Å få musikkterapi for eksempel, for det er passe uforutsigbarhet, men jeg kan fremdeles regulere litt, men man opplever noe nytt på samme tiden [...] ..med folk som er langvarig syke så er det mye av vår hverdag som vi..ikke har noe mulighet til å styre, jeg har..ikke så mye mulighet til å styre [...]

Muligheten til *valgfrihet* i musikkterapien har også blitt nevnt som en del av autonomien;

B: [...] Vi har da noe vi har litt kontroll over, og som vi kan da, velge, å få tilbud om. Og føle at man blir sett som ikke A4-menneske, men at det er ok å være sånn.”

Denne valgfriheten ser ut til å påvirke opplevelsen av å være i musikkterapien;

B: Ja, altså, det å kunne si ifra at ”nei dette orker jeg ikke å være med på lenger” for eksempel eller, ja, det at det ikke er galt å kunne gå å si ”sorry men dette funker ikke lenger” ehm, og det har mye å si. Å kunne liksom, og det fikk jeg jo, [...] du sa jo første gang, ikke sant, ”du må ikke gjennomføre dette her” og sånn. Og det letter jo veldig på press, da, at jeg gjør det fordi jeg synes det er gøy. Ikke for det at alle andre forventer det.

5.2.2. Vi

Bruker - Terapeut - Musikk

Relasjonen mellom bruker og terapeut har vært sentralt i musikkterapien, ofte sterkt knyttet til musikken. I en samtale med en av brukerne, uttrykte hun opplevelsen av at musikken tilrettela for at relasjonen mellom bruker og terapeut utviklet seg;

T: Så du opplever det at musikken matcher blir en sorts bekreftelse på at vi på en måte börjar lära känna varandra?

B: mm!

B: [...] Og så lærer man jo mye om andre personer da, hvis man hører musikk som de liker og så. Så, eller som de finner på. man får liksom et visst innblikk i andres, eh, vanskelig å forklare, hjerne på en måte men det er ikke liksom rent hjernemessig, det er mer sånn følelser.

Videre uttrykker en bruker at musikken åpner for en alternativ måte å bli kjent på, gjennom å dele musikk;

B: Ja, nei, altså det er på en måte, jeg har generelt ikke et problem med å dele av meg selv, det spørs helt hva slags setting og om du blir trodd i andre enden. Men det er sannsynligvis et enklere medium enn å, eh, dele forståelse hvis det gir mening at man liksom, man deler noe som er eh, mange i verden har hørt eller har opplevd det eller sånt. Som musikk da er, det som foregår inne i min egen hjerne, for det er ikke sikkert at vil oppleves på samme måten for alle. Men sangen som du spiller som musikk, eh, gir en assosiasjon til det mennesket som hører på den selv om det ikke nødvendigvis er den samme [...] Fordi det er veldig vanskelig å komme inn i noens hjerne, det er veldig mye enklere å liksom, få en hvis følelse av hvordan det er, fra å høre noe som de f.. man felles kan si noe om på en måte.

Også i denne kategorien dukker reseptive aktiviteter opp, og en bruker omtaler det som å bli tatt vare på av terapeuten:

B: [...] Det å få liksom noe nytt som er sånn ”Åh ja men dette her er noe helt annet” og så komme liksom, bare, føle at det liksom, du kommer inn døra uansett form liksom, og bare, det er ikke mitt ansvar at verden skal gå rundt, det er veldig deilig. Og det gjelder liksom, det å kunne høre at du spiller musikk for eksempel, selv om jeg ikke nødvendigvis har overskudd til å sitte oppreist, det er ikke, det kommer ikke an på mitt overskudd om jeg kan spille noe, ikke sant.

Delt musikkopplevelse har også kommet opp;

T: [...] Jeg synes det er veldig fint å spille det sammen.

B: Ja, veldig fint å spille sammen, jeg føler det også. Det var veldig godt å synge.

B: Når vi spilte sammen, så var det veldig spesielt og beroligende. [...] Og det er bra også, at du også liker den sangen vi har spilt.

Musikkterapeutens væremåte blir trukket frem som viktig i opplevelsen av musikkterapien;

B: Jeg har trivdes i settingen, når du kom og jeg ble kjent med deg.

B: Ja det er jo det at, at det er ikke press, og da er det enklere å få forklart, på en måte. Det er jo med en gang når noen sitter å ”Hva er gærnt med dig” så får jeg jo helt hetta og bare sitter der og bare ”Huh? Har jeg gjort noe gærnt?”. Jeg føler liksom at jeg kan få lov til å være meg selv. Det er fint.

En bruker definerer hva den gode relasjonen har inneholdt. Blant annet at musikkdivisjonen har hatt en verdi for relasjonen;

B: For det at du har spilt musikk som betyr mye for deg, for meg, og det er verdifullt for meg. Og vi har ikke kranglet og vi har ikke sagt slemme ting til hverandre, og bare samarbeidet på en positiv måte.

Bruker og samfunn

Brukerne har reflektert rundt musikkterapi i et samfunnsperspektiv. I intervjuet ble brukerne spurt om å dele sine tanker rundt å få musikkterapi som tilbud gjennom kommunen. En bruker uttrykte at det bidro med glede;

B: Jeg skulle ønske at det var sånn i kommunen at man kunne ha musikkterapi, for det er veldig viktig å fokusere på det som er bra, og bli enda mere glad.

Verdien i å ha fått tilbudet hjemme blir trukket frem;

B: Det har mye å si for hvorvidt jeg orker å gjennomføre et sånt, altså, hver uke for det har veldig mye å si på form. Med en gang jeg skal ut av døra, så det er veldig mye enklere med ting, med en gang ting skjer liksom, så jeg ikke trenger å bruke alt mitt overskudd på reise, men jeg kan bruke mitt overskudd på opplevelsen av å være i den settingen og det har mye å si.

B: Det er veldig lett for meg at du kommer hit [...] for på ressurscenteret er det vanskeligere, da må jeg ha mere tid for å komme meg dit, så dette er lettere for meg.

Samtidig som det ligger et ønske i å få dele det med andre;

B: Hvis jeg hører [på musikk] og synger med andre personer, for eksempel på ressurscenteret, så får jeg mere gode følelser. [...] Jeg har lært noe på gitar, så hvis jeg en gang skal spille på ressurscenteret, så vil jeg få en følelse av å ha lært noe.

B: Hvis dette kunne være et tilbud på ressurscenteret, som for mange mennesker, men for eksempel for meg, det er ikke bra for meg å være hjemme uten rutiner og jobb. Min rutine er å gå til ressurscenteret, så hvis dette hadde vært mulig der, er det også bra. [...]

En bruker opplevde at tilbudet om musikkterapi gjorde at hun følte seg sett av kommunen;

B: [...] Det kan være forskjellige grunner, folk kan være engstelige for å være i store menneskemengder fordi det tar mye overskudd, eller, men det å liksom oppleve at man får en forandring selv hvis man sitter hjemme. For vi blir veldig, sånn, altså som helhet av langvarig syke mennesker, så tror jeg mange blir veldig, føler seg veldig glemte, da, i kommunesammenheng og sånt. For det at det er liksom, hvis du ikke har overskudd å gå ut av døra så er det ingen som ser deg. særlig hvis du bor da alene eller sånne type ting.

B: [...] det å liksom kunne, da på en måte få ting, opplevelsene hjem, ikke nødvendigvis måtte gå ut for alt sammen, det er en veldig viktig ting. Og det å føle at liksom, det blir sett på som et behov, eh, som kommunen er veldig, altså som kommunen da er villig til å stille opp med, det blir også sett på som sånn, de bryr seg. De behøver ikke nødvendigvis å forstå hva slags diagnoser du har eller sånt, likegyldig av hva det er for noe, men det å bli sett på, ehm, som liksom, selvstendig menneske selv om du, altså sånn, for eksempel, assistent, jeg kan gjøre mye ting selvstendig uten å spørre mamma og pappa så lenge jeg får nok timer gjennom kommunen for assistent, men da må de se behovet, og at man føler at de faktisk ser behovet, eh, og det gjelder jo alt mulig, men ja.

Samt at musikkterapitilbudet har påvirket livssituasjonen;

B: [...] Det å føle at man har, verdig hverdag, på en måte, det har mye å si, fordi det er ikke så mye å gjøre det at man skal prestere alt mulig, det er mer det at man føler man blir sett.

5.3. I møte med egne evner

5.3.1. Usikkerhet

Usikkerhet og prestasjonspress var et tema som kom opp hos alle brukerne. Det kunne være i tilbakekommende spørsmål om rett eller galt, eller å velge bort øvelser på grunn av tidligere opplevelser av å ikke få det til;

T: [...]eller så kan vi også spille piano sammen?

B: Jeg er veldig rusten på piano [...] Jeg har ikke lyst. [...] Jeg spilte piano før og jeg klarer det ikke.

Det kunne også være at opplevelsen av utøvelsen var forandret;

B: jeg vet ikke hvorfor jeg blir så nervøs av å synge solo [...]jeg var ikke sånn før, jeg bommer på toner og sånn [...] veldig rart, så tenker jeg ”nå må jeg ikke bomme på en tone for da høres det forferdelig ut [...] jeg blir geléaktig.

Det kunne være redsel for å spille stygt eller feil;

B: Skummelt å trykke ned de første tangentene, tenk om det høres helt fryktelig ut.

B: Nei, først låt det ikke greit, først låt det ikke likt, nå er det riktig eller? Som du synger og jeg spiller, er det det samme?

Eller helt enkelt for at det var uvant;

B: Det er greit, det er litt skummelt fordi det er fryktelig lenge siden jeg har gjort det.

En bruker opplevde det begrensende å ikke bli lært opp på instrumentet som ble brukt i musikkterapien, at hun på den måten aldri følte at hun mestret det helt selv:

B: Det var bare en ting som var vanskelig, å stemme den.

Prestasjonspress ble også nevnt i forhold til opplevelsen av å få gi slipp på det;

B: [...] Ikke noe press på at du skal være verdensmester eller prestere mest mulig, men.. for det at du skal få et godt tilbud.

B: Det er liksom ikke press på at jeg skal prestere mest, det er mer sånn ”hva kan vi gjøre for å bedre hverdagen?” liksom, sammen.

5.3.2. Mestringsfølelse

En bruker trakk frem at mestringsopplevelsen kom etter en stund, av å prøve og oppleve å få det til i slutten av en aktivitet;

B: Det var bra i slutten, føler du det? Når vi sang slutten, da var det bra. [...] Bedre. Når vi sang, når jeg spilte det bedre, da var det bra.

En bruker ser ut til å oppleve at denne mestringsfølelsen kan følge med til andre situasjoner i livet, som kontrast til opplevelser av å ikke få ting til;

B: [...] Jeg har en følelse av å klare noe, nye ting. Det er en ny følelse med inni meg... jeg kan klare noe også.

Mestrings ble også nevnt i de musikkterapeutiske aktivitetene, som opplevelsen av å få dele av seg selv til noen, mer enn å prestere;

B: [...] Jeg opplever at noen annen ser at jeg har gjort noe, [...] Og at jeg får en mestringsfølelse, og her får jeg mestringsfølelse fordi at jeg kanskje har spilt noe, eller, ja, får vist frem det du liker for eksempel, ehm, for det du har veldig mang, lite muligheter liksom vise andre mennesker hva du er opptatt av eller hva du liker eller sånn hvis du aldri møter noen. Eh, og det er jo sånn, vi er jo sosiale mennesker, sosiale dyr generelt likegyldig hvor usosiale vi blir sperra inne når vi er langvarig syk. Og det tror jeg er det store, at man får uttrykt, eller utfoldt sin kreativitet eller ønske om å ha kontakt med andre eller sånt.

6. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte resultatene ut ifra kategoriene i resultatkapittelet opp mot teori og egne refleksjoner.

6.1. Musikkopplevelser

Musikken som omtales i denne kategorien er re-kreasjonelle og reseptive aktiviteter (Bruscia, 2014), og innbefatter både sanger og improvisert musikk. Sangene var i stor grad musikk valgt av brukerne, jeg som musikkterapeuten hadde med andre ord ikke bragt inn musikk med en idé om hvordan brukerne ville oppleve dem. Dette sier noe om verdien i musikken som brukerne selv velger ut, for å så ta i bruk, appropriere, de muligheter, affordances deres ”egen” musikk tilbyr (DeNora, 2000). I forhold til de positive ordene de bruker for å fortelle om opplevelsene sine, virker det som at de bruker musikken som en helseressurs (Rolvsjord, 2010).

Indre opplevelser

Brukerne sier at musikken gjør noe med dem, at den gjør inntrykk og påvirker dem. Innen underkategorien indre følelser blir meningsopplevelsen knyttet til kropp, for eksempel ”lyden er igjen inni meg”, ”avslappende”, eller følelser; av å flyge over en skog, befrielse, beroligende. Ordene som brukerne bruker for å beskrive musikkopplevelsen opplever jeg som positive ord.

Flere av disse sitatene er kommentarer etter reseptive aktiviteter i musikkterapien, der musikkterapeuten spilte improvisert musikk for brukerne. Bruscia (1987) omtaler det å spille for brukeren som musikalske gaver (giving), som ble en aktivitet der brukeren hadde mulighet til å få ta imot noe. Terapeuten gir brukeren musikk, ut ifra det brukeren har delt med terapeuten, og det

danner grunnlaget for en musikkopplevelse. Jeg opplever at denne situasjonen er en spesiell mulighet som musikken tilbyr, og undrer meg over tilgangen på denne situasjonen i andre eksisterende tilbud. For en av brukerne, som sa at ”alt det andre blir borte”, innebar denne aktiviteten en mulighet til å fokusere helt og få slappe av. For en annen ble det en mulighet å oppleve andre ting enn de kanskje selv hadde valgt ut av musikk akkurat da. Brukernes utsagn kan tolkes som at disse musikkopplevelsene tilbyr perspektiver de ikke hadde forutsett selv. Et annet eksempel på dette forstår jeg i utsagnet fra brukeren som visualiserte til musikken. Hun uttrykte en ”befriende følelse av at jeg flyr over en skog”, og det kan forstås som at de begrensninger som følger med diagnoser og sykdom havner i bakgrunnen for en stund, og blir et brudd i det hverdagslige. Dette kan kjennes igjen fra tidligere forskning der brukere uttrykker at musikken kan flytte fokus fra omverdenen (Solli & Rolvsjord, 2014).

Knyttet til livet

Det brukerne sier om musikken som er ”knyttet til livet”, sier noe om hvordan personlig kontekst og erfaringer er meningsdannende i musikken. En av brukerne omtalte musikken hun viste frem som ”*min* musikk”, som impliserer hvor nært knyttet musikken er til identiteten (jfr. Ruud, 2013). Brukerne trekker frem historier om seg selv som fremtrer som meningsfulle for dem, som nære relasjoner, spiritualitet, gode minner og fremtidsdrømmer. Disse kan plasseres innen Ruuds (2013) oppdeling av identitetens forskjellige rom, og jeg vil ut fra disse kategoriene trekke frem fire eksempler fra brukernes sitater.

I et av sitatene uttrykker brukeren at ”Jeg skal si dem hvem jeg egentlig er”. Der virker det som at brukeren adresserer vonde minner og opplevelser av å bli misforstått. Jeg ser dette som et møte mellom personlig og sosial identitet (Ruud, 2013), den personlige opplevelsen av seg selv, og hvordan andre har betraktet en. Rolvsjord (2010) poengterer at ressursorientert musikkterapi ikke innebærer å unngå utfordringer, men at ressurser og utfordringer er naturlige deler av et terapiforløp og bør betraktes som samhandlende snarere enn frittstående fra hverandre. Denne verbaliseringen av utfordringer opplever jeg både som et uttrykk for utfordringene i seg selv, samtidig som det kan forstås som et uttrykk for brukerens iboende ressurser for å håndtere dem. Det å si at ”jeg skal vise dem hvem jeg egentlig er”, blir en slags tydeliggjøring av umyndiggjøringen av begrensninger som brukeren opplevd fra forskjellige situasjoner og mennesker. Utsagnene og verdiene som brukeren opplever fra dem som har behandlet henne dårlig, blir ikke lenger en sannhet. Brukeren bygger på denne måten opp sin identitet gjennom sin egen fortelling om seg selv, med støtte i musikken.

Det transpersonlige rom vil jeg knytte til sitatet fra opplevelsen av religiøs musikk;

Det er vår religion, så vi føler oss veldig rolige, og glade[av musikken]. Da det er spesielt for meg.

Fra dette sitatet trekker jeg en sterk kobling mellom ”oss”, som religiøst fellesskap, og verdien for ”meg”, som individ. I møtet med brukere der det transpersonlige rommet (Ruud, 2013) setter premisser for identiteten på et annet nivå enn det man som musikkterapeut er kjent med, impliserer det stor fleksibilitet og selvrefleksivitet hos musikkterapeuten. I dagens globaliserte samfunn vil vi møte mennesker fra en stor variasjon av kulturelle bakgrunner, og det fordrer en kulturelt sensitiv musikkterapipraksis (Ip-Wenfield et. al., 2014). Det kan innebære møter med mennesker som kommer fra kulturer der individet ikke er i sentrum, men at det er fellesskapet som er sentralt, som for eksempel familien, eller den religiøse tilhørigheten. Det kan se ut som at den religiøse musikken berører brukeren også individuelt, gjennom den nære, kulturelle, sammenhengen mellom oss og vi. Jeg vil komme tilbake til dette i den avsluttende drøftingen.

Når det gjelder tiden og stedets rom, vil jeg adressere to brukerutsagn. Først vil jeg trekke frem sitatet om festival:

[..] hver gang jeg hører disse her så er jeg jo tilbake på festival. [...] Mitt store mål er å bli så frisk at jeg kan dra på festival igjen. [...] Det har jeg veldig lyst å dra på.

Musikken førte brukeren tilbake til festivalen, og vekket et ønske om å oppleve det igjen. Disse festivalene ser ut til å være viktige for brukeren, som fortalte mye om opplevelser og musikk relatert til dem. Jeg forsto det som at det var en stor del av brukerens identitet, og at muligheten til å dra på festival hadde fungert som en slags selvrealisering for brukeren, noe jeg knytter til Maslow og hans behovshierarki (Maslow, 1987)¹⁷. Selvrealisering er det siste av behovene, og derav ikke et av de mest grunnleggende, samtidig som det tilsier at utilgjengeligheten av muligheter til selvrealisering på grunn av fysiske eller psykiske begrensninger kan oppleves tungt. Brukeren sier i sitatet at hun ”er tilbake på festival”, noe som jeg forstår som at brukeren approprierer musikken noen av de opplevelsene som er knyttet til festivalen. Kanskje kan musikkterapien da ha hatt rollen som en slags tilpasset selvrealisering, at noen av følelsene og opplevelsene av festivalen ble tilgjengelige gjennom musikken. Lindvang (2005) drøfter noen aspekter relatert til dette, i forhold til en bruker som opplever håp og opplevelse av å ha blitt møtt i musikkterapien, til tross for at diagnoser og utfordringer fortsetter å begrense henne. Lindvang uttrykker at opplevelsen av håp og

¹⁷ Teori hentet fra pensum i musikk og helse-studiet.

anerkjennelse i musikkterapien uansett vil ha betydning for brukeren og hvordan hun opplever seg selv, noe jeg tenker kan ha relevans også for brukeren i dette prosjektet. Følelsene knyttet til festivalene som blir tilgjengelig gjennom musikken, kan være meningsfulle når deltakelse på festival ikke er mulig i hennes aktuelle situasjon.

Musikkterapien har også adressert minner, noe jeg vil drøfte ut ifra sitatet om barndomsminner:

B: Den betyr så mye for meg, fordi att det er barndomsminner for meg. [...]At somrene var så fine.

T: Sitter det noen følelse koblet til det?

B: Jaa! At jeg har gode barndomsminner også.

Gjennom den egenvalgte musikken begynte brukeren selv å reflektere rundt egen barndom. Det kom frem i løpet av musikkterapien at brukeren hadde flere vonde minner fra oppveksten, men gjennom musikken ble gode minner fra barndommen trukket frem. Det forandret ingenting av fortiden, men innsikten om disse gode minnene så ut til å innebære positive følelser hos brukeren, akkurat i stunden. Dette er et sitat fra en musikkterapisesjon, og jeg vil trekke frem hvordan musikkterapien formet seg etter dette, da musikkterapien tok en ny retning etter denne refleksjonen. Resten av musikkterapiforløpet bygget på sesjoner som på brukerens initiativ fokuserte på minner og gode relasjoner, som fremsto som viktige ressurser for brukeren. Da det var brukeren som selv tok ansvar for denne vendningen, knytter jeg dette til empowerment (Helsedirektoratet, 2014). Recovery kan også knyttes til dette eksemplet, da det virker som at musikken påvirker brukeren til en opplevelse som preges av potensiale til å se nye perspektiver, og åpne for å oppleve sin livssituasjon som mer meningsfull (Solli, 2012; Helsedirektoratet, 2014). Dette går igjen i alle de fire eksempelsitatene i denne kategorien, om å tenke fremover, få brukt religiøs musikk for å adressere spirituell tilhørighet, i drømmer om festivalbesøk, og det å få nye perspektiv på sin fortid gjennom å huske tilbake på gode barndomsminner.

Forandringer

Jeg vil fortsette på temaet at musikken tilbyr nye perspektiver, i drøftingen om musikk og forandringer. Musikkterapien ser ut til å ha åpnet dører til nye deler av brukernes person. En av brukerne uttrykker at det ikke oppleves som behandling, men som noe utover det vanlige, som er både lett tilgjengelig og nytt. Solli og Rolvsjord (2014) diskuterer den samme brukeropplevelsen i

studien ”The opposite of treatment”. Man kan spørre seg om det er en god ting, at musikkterapien ikke betraktes som behandling. I en medisinsk kontekst vil det kunne betraktes som en umyndiggjøring av fagets virkning, men på den andre siden kan det tolkes som opplevelsen av å ikke være nødt til å fokusere på diagnoser og sykdom. Solli og Rolvsjord (ibid.) foreslår at musikkterapien ikke oppleves som behandling, fordi den tilbyr en ikke-klinisk sammenheng der brukerne kan føle seg ”normale”. De betoner at dette ikke nødvendigvis innebærer at det er uten mening for brukerne, men kan tolkes som opplevelsen av å ha rom for andre sider av seg selv i musikkterapien enn sine utfordringer. Dette kan relateres til sitatene fra brukerne i dette prosjektet, som sier at det ”gir en god følelse” og at ”det har hjulpet meg”. Det viser på at musikkterapien har gitt noe, til tross for at brukerne ikke nødvendigvis har opplevd det som behandling.

Brukerne trekker også frem noe som kan tolkes som energi, en lyst og et driv. En av brukerne beskriver det gjennom en lignelse med å våkne og føle seg frisk og klar, i kontrast til en ellers ofte passiv hverdag med lite motivasjon. Gold et. al. (2013) konkluderte med at musikkterapi var et effektivt tilskudd for økt terapimotivasjon, i sin studie på musikkterapi med pasienter med lav motivasjon for terapi,. Kan det også tenkes at musikkterapien kan påvirke motivasjonen i hverdagen, at musikkterapi kan bidra til å øke motivasjon i livet utenfor terapien? Både Solli (2008) og Næss & Ruud (2007) redegjør for hvordan forandringer i hverdagen fulgte med den musikkterapeutiske prosessen, noe som tilsier at opplevelsene som blir tilgjengelig i terapien kan ha betydning i andre situasjoner og sammenhenger for brukeren. Det vil også være en tenkbar kobling i forhold til kontekstsensitiviteten i musikkterapien, at opplevelser i musikkterapi og hverdag vil påvirke hverandre (Rolvsjord & Stige, 2013).

6.2. Autonomi og relasjon

Jeg

Ut ifra deres utsagn tolker jeg at brukerne hadde en opplevelse av å kunne ta egne avgjørelser i musikkterapien. Dette viser seg blant annet i sitatet der brukeren nevner utfordringer, for å så selv ta en avgjørelse om å ikke gå dypere inn på disse.

T: [...]Du har jo også fortalt om noen litt vanskelige episoder.

B: Ja, og det er bare en dråpe av det jeg har opplevd. Resten tar jeg opp med [kontaktperson].

Jeg vil knytte muligheten til å selv regulere temaer i musikkterapien, til empowerment og recovery. Gjennom at man som musikkterapeut respekterer brukerens avgjørelser og ser brukeren som ekspert på eget liv (Helsedirektoratet, 2014), gis brukeren plass til å selv ta ansvar for å avgrense hvilke aktiviteter og temaer som skal løftes frem.

I et av sitatene sier en av brukerne at ”vi blir sett som ikke A4-mennesker, men at det er ok å være sånn”. Jeg forstår dette som en opplevelse av at brukernes utfordringer blir anerkjent, men ikke fokusert på i musikkterapien, noe som kan knyttes til ressursorientert musikkterapi (Rolvsjord, 2010). Samtidig kan det fortelle oss noe om hvor nært sammenvevd sykdommen og identiteten kan oppleves for brukeren (Solli, 2014b). Å da bli anerkjent som et menneske med ressurser, uten å ignorere diagnoser, er viktig for recoveryprosessen, som handler om å få et meningsfylt liv selv med utfordringer (Solli, 2012). Det kan også bidra til empowermentperspektivet (Rolvsjord, 2004; Helsedirektoratet, 2014), siden det kan hende at anerkjennelse av egne ressurser kan øke brukerens opplevelse av tilgang til å bruke dem i eget liv.

En av brukerne trekker frem muligheten til å regulere opplevelser i musikkterapien, at denne muligheten ikke alltid er tilgjengelig som langvarig syk; ”med folk som er langvarig syke så er det mye av vår hverdag som vi ikke har noe mulighet til å styre”. På den måten ble autonomien i musikkterapien en kontrast til hverdagen ellers. Ved å få tilgang til autonomi kan fokus flyttes fra diagnoser til å være et selvstendig menneske (Solli, 2014b). Muligheten til å kunne velge mellom å delta eller ikke, opplevdes som frigjørende, som vi kan se i dette utsagnet;

[...]du sa jo første gang, ikke sant, ”du må ikke gjennomføre dette her” og sånn. Og det letter jo veldig på press, da, at jeg gjør det fordi jeg synes det er gøy.”

Det kan tolkes som at valgfriheten til å delta, gir opplevelsen av å gjennomføre noe for sin egen del som person, og ikke på grunn av behov med opphav i sykdom. Å velge er å ta ansvar for sine egne opplevelser. For brukernes mulighet til dette, fordres en åpenhet hos musikkterapeuten for deres tilgang til autoritet, makt og valgfrihet, noe som er en del av empowermentperspektivet (Helsedirektoratet, 2014, s. 30). Ansvarer innebærer å selv ha tatt en avgjørelse om å være tilstede og deltagende. Et fokus på autonomi og egenansvar kan tenkes å ha potensiale til å tilrette for en bærekraftighet, ”sustainability”, i musikkterapien (Bolger & McFerran, 2013). Dette for å i størst mulig grad unngå at brukeren opplever å være avhengig av musikkterapien og -terapeuten for å ha tilgang til de opplevelsene som blir tilgjengelige i og gjennom musikken.

Musikkens rolle i relasjonen mellom terapeut og bruker er noe som brukerne har reflektert rundt, og som blir relevant å se på da det er musikken som skiller musikkterapien fra andre terapitilbud. Det mest fremtredende i brukersitatene er hvordan det virker som om musikken har tilrettelagt for relasjon på en annerledes måte enn andre terapeut-brukerrelasjoner. Jeg undrer meg over dette, og opplever at det har mye til felles med det en av brukerne sier om sammenhengen mellom musikk, bruker og terapeut:

Det er sannsynligvis et enklere medium enn å, eh, dele forståelse hvis det gir mening at man liksom, [...] Som musikk da er, det som foregår inne i min egen hjerne, for det er ikke sikkert at vil oppleves på samme måten for alle. Men sangen som du spiller som musikk, eh, gir en assosiasjon til det mennesket som hører på den selv om det ikke nødvendigvis er den samme [...] Fordi det er veldig vanskelig å komme inn i noens hjerne, det er veldig mye enklere å liksom, få en hvis følelse av hvordan det er, fra å høre noe som de f.. man felles kan si noe om på en måte.

Dette forstår jeg som det ”å dele forståelse og opplevelser man kan si noe felles om”, kan knyttes til intersubjektive opplevelser; ”jeg vet at du vet at jeg vet” (Trondalen, 2016; Stern, 2007). Disse assosiasjonene og følelsene kan knyttes til de dynamiske vitalitetsformene (Stern, 2010), musikken påvirker oss på en måte som gjør at vi opplever noe i og med musikken. Når vi deler dette med en annen kan de intersubjektive møtene oppstå, en opplevelse av at vi har opplevd noe sammen. Brukeren uttrykker dette spesifikt, at denne musikalske måten å bli kjent på skiller seg fra andre måter, som for eksempel i verbale samtaler. Hun sier at musikken kan gi assosiasjoner til personen som du hører musikken sammen med, som sannsynligvis er vanskelig å forklare med ord. Brukeren uttrykker imidlertid ikke noe behov av en eksakt identisk forståelse, og dette beskrives ved at musikken ”gir en assosiasjon til det mennesket som hører på den selv om det ikke nødvendigvis er den samme”. Dette henger tett sammen med den intersubjektive formen, der to subjekter, med hver sin opplevelse, deler noe som de begge er bevisst på (Trondalen, 2016) Dette opplever jeg at går igjen i flere av sitatene, som beskriver musikken som en slags bekreftelse av relasjonen. At musikken forteller noe om oss for hverandre, som er annerledes enn i andre sammenhenger.

I et av sitatene sier brukeren både at hun opplever å bli tatt vare på av musikkterapeuten gjennom musikken, da den har innebåret en fleksibilitet i tilpasning av aktiviteter etter brukerens dagsform. De dager brukeren var sliten kunne hun få lov til å bare ta imot, noe som igjen kan være vanskeligere i verbale samtaler. Her kommer dette med musikalske gaver (Bruscia, 1987) inn igjen,

der terapeuten har mulighet til å gi og uttrykke noe til brukeren, som jeg vil foreslå at tilrettelegger for en mer likeverdig relasjon, der begges bidrag inn i terapien blir tydelige.

Ut ifra denne kategorien tolker jeg det som at disse tre; bruker, musikkterapeut og musikk, samhandler med hverandre i musikkterapiforløpet. Flere brukere har nevnt verdien av å dele musikk, å samarbeide og få lov til å være seg selv, noe jeg tolker som opplevelser av at vi skapt musikkterapien sammen, i relasjon, gjennom musikk. Dessuten tolker jeg at individet har fått plass i relasjonen, med utsagn som at ”jeg har trivdes” og ”det er verdifullt for meg”, som kan antyde en opplevelse av at også subjektet får rom i relasjonen. Dette vil jeg komme tilbake til i den avsluttende drøftingen.

Vi - Bruker og samfunn

Denne kategorien er relevant da problemstillingen så tydelig aksentuerer konteksten av en hjemmebasert kommunal avdeling for psykisk helse. Derfor er brukernes tanker rundt akkurat dette viktige å få med.

Sitatet om at musikkterapi hjelper for å fokusere på det som er bra kan knyttes til den ressursorienterte musikkterapien (Rolvjord, 2010);

B: Jeg skulle ønske at det var sånn i kommunen at man kunne ha musikkterapi, for det er veldig viktig å fokusere på det som er bra, og bli enda mere glad.

Det kan tolkes som at dette er et perspektiv som skiller seg fra brukerens tidligere behandlingsopplevelser. Jeg forstår det slik at det ligger et ønske om et behandlingstilbud som understøtter ressurser og positive emosjoner i dette utsagnet.

Brukerne uttrykker en opplevelse av å ha fått et tilbud som passet dem som personer, gjennom å fortelle om opplevelser av å ha blitt sett av kommunen. En av brukerne forteller at det oppleves som at kommunen bryr seg gjennom å tilby opplevelser som er en ”forandring selv hvis man sitter hjemme”. Ønsket om et ressursorientert behandlingstilbud virker imidlertid ikke til å være et ønske om å erstatte andre tilbud som brukerne får, men heller som et komplement, noe som Shirani Bidabadi og Mehryar (2015) også vektlegger i studien sin. Da kan brukerne ha tilgang på flere ulike tilbud der de kan ha rom for å utforske forskjellige deler av sin egen identitet.

Ut ifra brukersitatene ser det ut til at musikkterapi hjemme har vært et passende tilbud, når alternativet som er å reise et annet sted tar mye energi og krever mer av brukerne enn behandlingen

i seg selv gjør. Det tilsier at et hjemmebasert tilbud vil være fruktbart for noen brukere i denne konteksten, da det tilrettelegger for at brukerne kan fokusere all sin energi på selve musikkterapien. I noen sitater lå det imidlertid et ønske om musikkterapi også innen andre lavterskeltilbud, som for eksempel på kommunens dagsenter. Grunnet begrensning i tid og ressurser i dette prosjektet var dette ikke tilgjengelig. Jeg vil like fullt argumentere for at det finnes store muligheter i dette, både terapeutisk og faglig. Helsedirektoratet (2014) fremhever, gjennom empowerment- og recoveryperspektivet, lokalsamfunnet som en viktig arena for å ha en velfungerende hverdag, noe som kommunen kan få tilgang på gjennom tverrfaglige samarbeid mellom kommunale avdelinger. Aftret (2008) argumenter for at dette kan være gunstig for både brukerne og fagfellesskapet, og i et prosjekt med større kapasitet finnes stor potensiale denne typen samarbeid da brukerne ved avdelingen er ofte er aktive innen flere kommunale tilbud. Jeg vil drøfte dette videre i den avsluttende drøftingen og kap. 8.1. Veien videre.

6.3. I møte med egne evner

Usikkerhet

Gjennom brukernes utsagn kan man tolke det som at musikk, og spesielt musikkutøving, ser ut til å kunne skape usikkerhet. Det kan være flere grunner til dette, og brukerne nevner tidligere dårlige erfaringer eller opplevd forandring i egen utøving, at det er uvant å spille, eller opplevelser av å ikke få det til. Jeg undrer meg over hvordan denne usikkerheten og tvilen kan få plass i en humanistisk, ressursorientert tilnærming. Ruud (2008) poengterer at en viktig humanistisk verdi er tiltroen til individets potensiale og muligheten til å utvikles. Utvikling fordrer dog å møte nye situasjoner, noe som kan oppleves usikkert da det er nytt og ukjent. Det er forståelig om dette noen ganger kan oppleves utrygt, da det kan innebære helt nye opplevelser. Dermed tenker jeg at det også kan finnes potensiale i opplevelsen av utrygghet. Dog vil jeg fremheve brukernes autonomi, og muligheten til å si ”Stopp, nei dette vil jeg ikke”, for at brukerne skal være ivaretatt, og ikke føle at musikkterapien trækker langt over deres grenser. Dette har de selv trukket frem som en viktig del av musikkterapien¹⁸. At brukeren blitt presentert for nye situasjoner er et produkt av tiltroen til det individuelle potensialet, uten å kreve av brukerne at aktivitetene blir gjennomført.

¹⁸ Se kategorien Autonomi.

En av brukerne nevner at musikkterapiet har skapt et rom der prestasjonen blir et ikke-spørsmål, men at fokuset flyttes til hva som er best for brukeren. Det kan tenkes at det skaper et rom der det er lov å prøve seg fordi det ikke lenger er tvang, eller et spørsmål om rett og galt. Til tross for at det blir uttrykt at musikkterapien ikke legger vekt på prestasjon, er det relevant å poengtere at det ikke innebærer en prestasjonsfri setting. Krav på seg selv kan komme fra mange forskjellige situasjoner, og i musikkterapi som en kontekstsensitiv terapiform (Ruud, 2008; Rolvsjord, 2010; Solli, 2012) er det viktig å anerkjenne dette. Det er en motsigelse i friheten fra prestasjon som nevnes, og den usikkerheten som blir uttrykt. Imidlertid har jeg lyst til å se på usikkerheten fra et annet perspektiv. Som dikotomi til trygghet, er usikkerhet en følelse man kanskje bør unngå i en ressursorientert musikkterapeutisk prosess, da det blir et utelukkende problemfokus (Rolvsjord, 2010). Jeg vil se på usikkerheten fra et annet perspektiv, og drøfte usikkerhetsbegrepet opp mot Sterns (2007) psykoterapeutiske begrep om "rot" i terapiprosessen. Han skriver at når terapeut og bruker sammen skaper terapien, skjer det konstant små misforståelser som skaper "rot". En stor del av det terapeutiske forløpet, og relasjonen, handler om å reparere dette "rotet". Dette skjer hele tiden i mindre og større grad, og hvis en kommer seg forbi det, kan nye muligheter dannes (ibid.). Jeg opplever usikkerheten som dette "rotet". Dette kan tillempes både i verbal kommunikasjon og musikalsk samspill. Et annet begrep som jeg også vil trekke inn er deltakende avvik (Keil, 2005) som Solli (2008) diskuterer i musikkterapeutisk improvisasjon med en pasient. Disse små musikalske øyeblikkene som ikke helt samstemmer, mener Keil (2005) danner opplevelsen av groove. Hvis man setter dette opp mot begrepet om "rot" i terapiprosessen (Stern, 2007), vil en god terapeutisk prosess ikke bare fungere til tross for "rot", men kanskje noen ganger på grunn av det? "Rotet" er på den måten viktig for å få relasjonen og den terapeutiske prosessen å utvikles videre.

På så måte kan usikkerhet betraktes som et møte med noe uvant i musikkterapien, som kan forklares som et produkt av tiltroen på brukerens potensiale. Dette kan ivaretas gjennom at brukeren har en posisjon med tilgang på autonomi, og at musikkterapeuten er sensitiv for disse opplevelsene og tar ansvar for å reparere disse usikkerhetsopplevelsene.

Mestringsfølelse

En av brukerne uttrykker at mestringsfølelsen av å få til noe nytt ikke kommer med en gang, men heller kommer etter hvert;

B: Det var bra i slutten, føler du det? Når vi sang slutten, da var det bra.”

Brukeren uttrykte dette etter å ha spilt en sang sammen med musikkterapeuten, som fremsto som vanskelig å få til for brukeren. Dette kan fungere som et eksempel på hvordan opplevelser av usikkerhet, eller ”rot” (Stern, 2007), i noen situasjoner kan lede til mestringsopplevelser. En opplevelse av å få til og mestre noe nytt. I et annet sitat sier en brukere at mestringsopplevelsene i musikkterapien danner en ny følelse av å være en person som kan få ting til. Koblingen mellom disse to sier noe om verdien i mestringsopplevelsene som strekker seg utenfor selve musikkterapien. Et eksempel på det er hvordan brukere i musikkterapi selv kan ta med den musikkkompetanse de erverver i musikkterapien, ut i andre sammenhenger (Næss og Ruud, 2007)

En av brukerne poengterer at mestringsfølelse er noe annet enn riktig eller galt, det å få delt noe av seg selv, og være kreativ. Dette opplever jeg som en utvidelse av begrepet, at mestringsfølelsen kommer av det å få brukt sine egne ressurser, samt at dette blir anerkjent av en annen. I studien til Erkkilä et. al. (2011) trekker informantene frem vekten av å få være aktiv og gjøre noe, noe som i denne sammenhengen kan tolkes som at brukeren opplevde å få rom til å dele sin egen kreativitet med musikkterapeuten. Som tidligere nevnt kan vår identitet bli tydeligere for oss selv når vi deler den med andre (Ruud, 2013), noe som kan tilsi at mestrings i denne sammenhengen handler om en opplevelse og tydeliggjøring av egne ressurser, for brukeren selv. Det handler ikke utelukkende om å prestere, men om å få rom til å utfolde seg.

7. Avsluttende drøfting: Et utvidet identitetsrom gjennom musikk

Så langt har jeg drøftet ut fra de forskjellige kategorier i resultatkapittelet. Som en avsluttende drøfting vil jeg starte med noen overordnede tanker rundt kategoriene, og utdype noen aspekter som for meg har skilt seg ut i dette prosjektet, for så å avslutningsvis sette fokus på det jeg kaller for et *utvidet identitetsrom gjennom musikk*. Samtidig vil jeg rette nærmere fokus på hjemmebaserte tjenester, da det er det aspektet som mest tydelig skiller dette prosjektet fra tidligere forskning.

I forhold til den første kategorien, *musikkopplevelser*, har den nære koblingen mellom musikken og individet blitt diskutert. I musikkterapien har personlige, nære temaer kommet opp, som har handlet om indre opplevelser, opplevelser knyttet til livet og temaer rundt forandringer. Det har virket som om musikken har tilrettelagt for motivasjon og at den har vært meningsfull for brukerne. Som tidligere nevnt impliserer det humanistiske verdigrunnlaget et syn på menneskets

potensiale til utvikling og forandring. DeNora (2000) skriver om utvikling av identitet. Identiteten formes delvis gjennom hvordan vi presenterer oss for andre, en ”projeksjon” av selvet, men også hvordan vi fremtrer for oss selv, en ”introjeksjon”, en følelse av å vite hvem en selv er (ibid., s. 62). Ruud (2013) omtaler dette som den personlige og sosiale identiteten. Brukersitatet om ”å vise hvem jeg egentlig er”, kan fungere som en styrking av den personlige identiteten, gjennom at brukeren approprierer (DeNora, 2000) den meningen til musikken. I tillegg deler brukeren denne musikkopplevelsen med musikkterapeuten, både gjennom at musikkterapeuten også hører musikken, og gjennom brukerens verbalisering av opplevelsen etterpå.

Ruud (2013, s. 72) skriver at følelsen av identitet og ”meg” forsterkes når det er sammenheng mellom våre erfaringer, og når våre personlige erfaringer er sentrale i den egne livshistorien. I musikkterapien kan musikken fungere som en måte å uttrykke det på. Hvis musikkterapeuten klarer å møte det på en hensiktsmessig måte, deler og anerkjenner opplevelsen, kan kanskje den projektive og den introjektive identiteten bekrefte hverandre, og gi brukeren opplevelse av sammenheng og aksept av sin egen personlighet. Gjennom andres reaksjoner på den egne musikken, kan vi få et innblikk i vår sosiale identitet, og forstå oss selv bedre (ibid.). Som jeg forstår det vil dette tilsi at reaksjonene fra andre bør stemme overens med, eller være i nærheten, av ens eget bilde av en selv, for å unngå at det leder til selvtvil. I tillegg finnes det en risiko for å bekrefte de sider av identiteten som brukeren opplever som negative og destruktive. Hvis musikkterapeuten klarer å imøtegå brukeren og anerkjenne dennes ressurser (Rolvsvjord, 2010), kan musikkterapien fungere som en utviding av brukerens ressurser og positive identitetsrom.

Jeg vil gå litt nærmere inn på temaet kultursensitivitet, ut ifra drøftingen om spiritualitet i musikkterapien¹⁹, og reflektere rundt hvordan musikkterapeutens egen kulturelle tilhørighet påvirker forståelsen av det musikkterapeutiske forløpet. Som tidligere nevnt, fremsto det som at en av brukerne hadde en sterk kobling mellom sin identitet og sin religiøse og kulturelle tilhørighet. Samtidig som det humanistiske verdigrunnlaget tar inn kulturell forståelse og sensitivitet i sin forståelse av hvordan musikken fungerer i musikkterapi, er det første punktet i humanismens konsekvenser for musikkterapi ”Betydningen av omsorgen for det individuelle.” (Ruud, 2008, s. 9). Jeg undrer meg over hva som skjer når musikkterapeuten og brukeren har ulike kulturelle forståelser av hva som er individuelt, og hvor stor betydning det har? Siden musikkterapeuten er tilstede for brukeren, for å tilby aktiviteter som brukeren opplever som meningsfulle, valgte jeg å bli med brukeren inn i den religiøse musikken. Dette begrunnet jeg med at det spirituelle aspektet var

¹⁹ Se kategori Musikkopplevelser, knyttet til livet.

det som opplevdes som nærmest brukeren. I tråd med en kulturelt sensitiv tilnærming (Ip-Winfield et.al., 2014), samt for å ivareta brukerperspektivet, betraktet jeg den religiøse musikken som en ressurs hos brukeren, og gikk inn med intensjonen om å lære meg mer om den. Det var en ny situasjon for meg som musikkterapeut, som fordret refleksjon og sensitivitet overfor min egen kulturelle forståelse, for å på best mulig måte møte brukeren. I denne situasjonen ble det aktuelt å tilsidesette min egen kulturelle forståelse av, og ønske om å fokusere på, det individuelle, for å følge brukerens initiativ og respektere hennes valg av aktivitet. Betydningen av det individuelle kan lett tolkes til å bevege musikkterapeuten mot temaer som omhandler brukeren som individ. En annen forståelse av det kan være en sensitivitet overfor vad brukeren velger å bringe inn i musikkterapien, for å forme et musikkterapeutisk fokus ut ifra det.

Autonomi og relasjon handler om hvordan disse to påvirker hverandre; at relasjon bygger på et møte mellom to individer, og at disse individene blir påvirket av relasjonen (Trondalen, 2016). Dette skjer på flere nivåer, både i den personlige relasjonen mellom bruker og terapeut i musikken, og i brukerens forhold til kommunen. Dette samstemmer med empowerment-filosofien, som har både et personlig, organisatorisk og samfunnsrettet nivå (Rolvsgjord, 2004).

I den personlige relasjonen viste det seg at deling av musikken ble en viktig faktor for hvordan relasjonen utviklet seg, noe som brukerne opplevde som en spesiell og annerledes måte å bli kjent på. I forhold til spennet mellom autonomi og relasjon, vil jeg nevne at hensikten med den gode relasjonen mellom terapeut og bruker aldri er å gjøre brukeren avhengig av musikkterapien eller musikkterapeuten, men at relasjonen kan åpne for å nærme seg både det relasjonelle og det individuelle. Pendlingen mellom ”meg” og ”vi” påvirker identiteten, jeget blir styrket av muligheten til å ta avgjørelser, og relasjonen åpner for å se seg selv og situasjoner med nye øyne (Trondalen, 2016). Her vil jeg trekke inn begrepet om bærekraftighet i denne sammenhengen (Bolger & McFerran, 2013), og foreslå at det relasjonelle perspektivet kan tilrettelegge for et fokus på bærekraftighet i musikkterapi gjennom individets plass i relasjonen.

I forhold til kommunen fremstår det som at brukerne opplevde tilbudet om hjemmebasert musikkterapi som en anerkjennelse av dem som personer, og deres behov, fra kommunens side. Med et hjemmebasert musikkterapeuttilbud følger noen utfordringer, ifølge Mitchell (2017)²⁰, som skriver om hjemmebasert musikkterapi med barnefamilier. Hun skriver at det krever en sensitivitet hos musikkterapeuten overfor det å komme inn i brukerens personlige rom, og at det krever en

²⁰ Denne artikkelen er ikke med i litteraturgjennomgangen, da den går utenfor inklusjonskriteriene siden den omhandler musikkterapi med barn. Allikevel er den trukket inn i drøftingen da den adresserer generelle implikasjoner for hjemmebasert musikkterapi.

fleksibilitet i forhold til å tilpasse seg til bosituasjonen. Jeg har tidligere drøftet kontekst-sensitiv musikkterapi (Ruud, 2008; Rolvsjord, 2010; Solli, 2012). Hjemmebasert musikkterapi vil innebære være musikkterapi, bokstavelig, i kontekst (Rolvsjord & Stige, 2013), direkte i brukerens personlige rom, i motsats til et avgrenset musikkterapirom. Dette har hatt implikasjoner for musikkterapien på flere plan gjennom prosjektet, og jeg vil videre redegjøre for noen fremtredende aspekter. Et eksempel er ting som tar oppmerksomhet fra musikkterapien, som hvis det for eksempel er noen andre hjemme når musikkterapien gjennomføres (Mitchell, 2017). Det kan også være andre distraksjoner, som for eksempel at brukerne kan føle et behov av å rydde vekk ting når musikkterapeuten kommer, eller andre gjøremål som hjemmekonteksten minner brukeren på. Derav kreves det at musikkterapeuten tar stilling til hvordan å avgrense det terapeutiske rommet i brukerens hjem, uten å trække over brukerens grenser, og samtidig beholde den likeverdige relasjonen mellom terapeut og bruker. Dette går også inn på et mer etisk plan, da det kan tenkes at hjemmet er et sted der brukeren har sine faste rutiner, som kan oppleves vanskelig å bryte. Av den grunn kan det være vanskeligere å nå frem med nye aktiviteter og øvelser. Det kan også tenkes at det kan oppleves som direkte påtvingende, at noen kommer hjem til deg, og initierer aktiviteter som kan være nye og utrygge. Jeg vil foreslå at tilnærmingen med brukerens egen musikk, samt fokuset på brukerens autonomi, kan ha fungert som godt utgangspunkt for å tilrettelegge for en trygg opplevelse av musikkterapien i hjemmet, der brukeren har hatt rom for å avgrense og velge hvilken musikk som ligger til grunn for terapien.

Også i studiene til Hanser og Thomsson (1994) og Shiraishi (1997) som utforsker hjemmebasert musikkterapi, fokuserer de på brukerens musikkopplevelser, men i deres situasjon bygger musikkopplevelsene på en ferdig musikklyttingsprotokoll som er utformet for å oppleves for eksempel godt, avkoblende eller positiv. Til tross for at brukerne deltar i å velge ut musikk, har musikkterapeuten en annen rolle, med en forutbestemt mal for opplevelser som utgangspunkt for musikkterapien. Det fremstår for meg som at den terapeutiske relasjonen ikke er like sentral og likeverdig på samme måte i disse studiene, og at musikkterapeuten får en ekspertrolle i møtet med brukeren. Deres studier skiller seg følgelig fra dette prosjektet, som fra starten av har hatt som ambisjon å danne likeverdige møter mellom terapeut og bruker, ut ifra oppfatningen at det er essensielt for den terapeutiske prosessen (Rolvsjord, 2010).

En tydelig fordel med hjemmebasert musikkterapi, er at det har potensiale å nå ut til brukere som som har utfordringer med å komme seg ut av huset. Å få tilgang til, som brukeren uttrykker det; ”forandring selv hvis man sitter hjemme”, tilrettelegger musikkterapien for utviding av identitetsrommet for brukere som er begrenset av sitt eget fysiske eller psykiske rom. En videreføring av dette vil være å se på det opp mot ønsket fra en av brukerne om muligheten for

musikkterapi på kommunens dagsenter. Dette er interessant i et recoveryperspektiv, der lokalsamfunnet nevnes som et aspekt å benytte seg av i prosessen mot en meningsfull hverdag ut fra egne forutsetninger (Helsedirektoratet, 2014). Solli (2014a) har koblet recoveryperspektivet i musikkterapi til samfunnsmusikkterapi (Stige & Aarø, 2011). Til tross for at Stige og Aarø spesifiserer at samfunnsmusikkterapi skjer utenfor kliniske settinger, viser både Solli (2014a) og Næss og Ruud (2007) hvordan individuell klinisk musikkterapi kan lede frem til et mer samfunnsmusikkterapeutisk fokus, da brukeren blir mer og mer selvstendig gjennom den terapeutiske prosessen. Det kan tenkes å være en gunstig utvikling av kommunale tilbud også innen hjemmebaserte tjenester, for å ivareta kontekstuelle aspekter i så stor grad som mulig (Rolvsjord & Stige, 2013). En hjemmebasert musikkterapi som grunnlegges direkte i brukerens personlige kontekst, kan tydeliggjøre hvordan musikkopplevelser i musikkterapien kan få mening i hverdagen. I gjengjeld kan temaer og musikk fra brukerens hverdagen bli relevant i musikkterapien. Dette kan ha potensiale til å utvikles, gjennom å aktivt ta denne sammenhengen i bruk, og integrere flere av brukerens kontekster inn i musikkterapien.

I kategorien *I møte med egne evner*, nevnes opplevelser av usikkerhet og mestringsfølelse, og balansen mellom disse ble drøftet. Brukerne uttrykte en usikkerhet rundt musikkutøvingen, noe jeg tolket som en opplevelse av nye situasjoner og en usikkerhet overfor disse. Innen humanismen betones individets potensiale til å utvikles (Ruud, 2008), noe som kan fordre å utsette seg for nye situasjoner. Som brukerne omtalte om i kategorien ”Musikk og forandringer”, fungerte musikkopplevelsene i musikkterapien som en utviding av opplevelsesrepertoaret hos brukene. Jeg vil foreslå at utrygghet i aktiviteter utformet innenfor en trygg setting og relasjon, fungerer som en potensiell arena for utvikling.

Jeg vil drøfte usikkerheten videre gjennom å sette det inn i en relasjonell kontekst. Som nevnt i teorikapittelet om den relasjonelle tilnærmingen, blir både det individuelle og relasjonelle tydelig i intersubjektive møter (Trondalen, 2016). Dette impliserer at både brukeren og musikkterapeuten vil bringe inn noe subjektivt i musikkterapien. Når bruker og musikkterapeut har felles opplevelser av musikkterapien, vil musikkterapeuten gi brukeren nye perspektiver i egenskap av å være et annet subjekt med en annen personlig historie og forståelse av verden (Trondalen, 2004). Det er også verdt å poengtere at dette går begge veier, i tråd med det humanistiske verdigrunnlaget, noe som innebærer at også brukerens bidrag inn i de felles opplevelsene vil tilby musikkterapeuten noe nytt. Denne utvidingen av opplevelse og forståelse, som bygger på både brukerens og musikkterapeutens subjektive bidrag inn i relasjonen, leder til forandring for både person og relasjon (Trondalen, 2016). Derav kan man også betrakte usikkerheten som noe potensielt

meningsfylt, hvis man ser det som et sted for utviding av opplevelsesrepertoaret i relasjon (ibid., s. 14).

Jeg vil kort begrunne musikkens rolle i dette, da musikken er den tydeligste forskjellen mellom musikkterapi og andre terapiformer. Brukerne uttrykker en opplevelse av musikken som nært tilknyttet dem selv og deres identitet. Musikken har tatt musikkterapien i helt individuelle retninger for hver enkelt bruker, da de selve har trukket inn musikk i musikkterapien som er meningsfull for dem. De har brukt, appropriert, de meninger som musikken rommer, affords (DeNora, 2000). Musikk og identitet fremstår som tett sammenvevd (Ruud, 2013). I forhold til det relasjonelle aspektet har musikken muliggjort felles musikkopplevelser, der brukerens opplevelser har blitt anerkjent av musikkterapeuten (Trondalen, 2016). Dette tilsier at musikken har vært helt essensiell i både brukernes personlige opplevelser av musikkterapien, og i relasjonsdannelsen mellom bruker og terapeut. Brukernes utsagn gir også inntrykk av at musikkopplevelsene i stor grad har vært positivt betinget, at brukerne har brukt musikken som en helseressurs (Rolvsjord, 2010). Jeg vil også trekke inn Smalls (1998) begrep om musicking, som tilsier at musisering også innbefatter det å lytte til eller snakke om musikk. Dette har fremstått som trygge aktiviteter for brukerne. Derav var det naturlige aktiviteter å starte musikkterapien med, som en god start på relasjonen mellom terapeut og bruker. Dette vide musikkbegrepet har skapt en fleksibilitet der brukerne har hatt rom for å både slappe av og å utfordres og utvikles.

Den nære koblingen mellom musikk og identitet (Ruud, 2013) sier imidlertid også noe om vekten av musikkterapeutisk kompetanse når man arbeider med forholdet mellom musikk og individ. En musikkterapeut skal være tilstede i musikkterapi (Ruud, 2018). I en så sårbar setting som en musikkterapisesjon kan være, der man deler personlige temaer, er det viktig å ha kompetanse for å møte og ivareta det brukeren bringer inn, i og gjennom musikken, på en god måte.

Gjennom denne drøftingen har jeg argumentert for et utvidet identitetsrom gjennom musikk, og jeg vil avslutte med å forklare hvordan jeg forstår det i sammenheng med drøftingen hittill. Som jeg forstår brukernes utsagn, har musikkterapien tilrettelagt for et stort spekter av opplevelser. Musikkens rolle i dette har brukerne omtalt som meningsfylt og relasjonsdannende. Meningen i musikken oppstår gjennom at subjektene tilskriver den mening, og muliggjør en likeverdig relasjon, som jeg ut ifra sitatene tolker at det har styrket brukernes autonomi og tilrettelagt for anerkjennelse av flere sider av dem selv. Empowerment og fokuset på flere nivåer har potensiale å tilgjengeliggjøre ressurser på flere nivåer for brukeren; i personlig relasjon, i kommunen og i samfunnet (Rolvsjord, 2004), noe som kan bidra til å utvide hvordan brukeren kan definere seg selv.

Brukerne nevner at den valgfriheten de blir gitt i musikkterapien, er en kontrast til noe av hverdagen som syk, og utvider dermed deres opplevelse av autonomi og valgfrihet, noe som kan tilrettelegge for utviding av handlingsrepertoar. Alle aktiviteter i musikkterapien har bygget på brukerens egne ønsker og behov. Her har også et institusjonelt perspektiv (Rolvsjord, 2004) blitt trukket inn, og opplevelsen av å bli sett av kommunen. Å få et tilbud om musikkterapi hjemme, kan gi tilgang til et utvidet opplevelserepertoar for brukere som er fysisk og psykisk begrenset.

Som tidligere nevnt, kan det virke som at brukerne opplever at musikken har bidratt til å danne en god relasjon. Gjennom relasjonen mellom bruker og terapeut har både subjekt og relasjon hatt rom for å utvikles og utforskes. Subjektets bidrag inn i samspillet kan åpne opp for nye perspektiver (Trondalen, 2004), som kan oppleves usikkert fordi det er ukjent, eller at man tidligere møtt det i situasjoner der det ikke vært ivaretatt. Trondalen (2004, s. 352) uttrykker det som at gjensidig regulering i musikalsk samspill kan gjøre det mulig å åpne for nye posisjoner. Jeg forstår det som at både relasjonen mellom terapeut og bruker, og musikken som trygg ramme å utforske det nye i, åpner for nye erfaringer og perspektiver. Usikkerhet i en trygg setting kan være et godt utgangspunkt for mestring, som i seg selv utvider forståelsen av egne evner og ressurser.

Jeg vil også nevne motivasjon, og dens rolle i utvidelsen av identitetsrommet gjennom musikk. Tidligere nevnte jeg Gold et. al. (2013) sin studie på musikkterapi med pasienter med lav motivasjon for terapi, som konkluderte med at musikkterapi var et effektivt tilskudd for økt terapimotivasjon. Dette er også bemerket i flere effektstudier (Shirani Bidabadi & Mehryar, 2015; Erkkilä et. al., 2011; Talwar et. al., 2006), som alle registrerte økt deltakelse hos de som hadde musikkterapi i forhold til kontrollgruppene. Som nevnt i drøftingen til Musikkopplevelser og forandringer, kan denne motivasjonen ha potensiale til overføringsverdi til hverdagen (Næss og Ruud, 2007; Solli, 2008). Dette blir sentralt i forhold til utvidelsen av identitetsrommet, da et tilbud basert på brukermedvirkning vil gi brukeren ansvar og autonomi over eget liv (Helsedirektoratet, 2014). Innspill fra brukeren vil således være essensielt i utformingen av dennes tilbud, og med et terapitilbud som bidrar til økt motivasjon, vil det kunne tenkes at det kan bidra til å øke brukerens bidrag inn i terapien og andre aktuelle helse- og behandlingstilbud.

8. Avslutning

8.1. Implikasjoner for praksis og veien videre

Jeg vil vie dette avsnittet til å drøfte noen tanker om videre utforskning av feltet hjemmebasert musikkterapi innen psykisk helse.

Som jeg forstår resultatene fra dette prosjektet, har de mange fellesnevnerne med allerede etablerte perspektiver og teorier innen norsk musikkterapi innen psykisk helse, som ressursorientering, empowerment og recovery (Rolvstjord, 2010; 2004; Solli, 2012). Det som skiller dette fra allerede etablert musikkterapi innen psykisk helsefeltet i Norge i dag, er konteksten av hjemmebasert musikkterapi. Med dette fulgte noen implikasjoner.

En rent praktisk utfordring, er tilgang på musikkutstyr. Med et musikkrom finnes større muligheter for et variert tilbud av utstyr, som instrumenter og avspillingsmuligheter, som kan gjøre det musikkterapeutiske tilbudet mer fleksibelt. Imidlertid er ikke den begrensede tilgangen på utstyr nødvendigvis en ulempe for musikkterapien (Erkkilä et.al., 2011), noe som overensstemmer med min opplevelse som musikkterapeut. Heller ikke brukerne har kommentert dette. Gjennom å ta utgangspunkt i brukerens musikk i musikkterapien, krevdes i hovedsak avspillingsutstyr til å starte med. I dette prosjektet brukte vi en liten portabel høyttaler og en enhet med tilgang på internet, for eksempel smarttelefon eller lignende. Et instrument som går å ta med, f eks perkusjon, gitar eller et lite elpiano/synth er også fint for muligheten til ekspressive musikkaktiviteter. Underveis i musikkterapien varierte jeg utstyret etter brukerens innspill og behov. I stort sett hadde jeg med smarttelefon, høyttaler og en synth eller gitar. Noen ganger små rytmeinstrumenter, samt ark og papir hvis sangskrivning skulle bli aktuelt.

I tråd med fokuset på brukerperspektivet (Helsedirektoratet, 2014), kan den hjemmebaserte musikkterapien gi muligheter for å starte i brukerens musikkbruk, som for eksempel hvis brukeren har instrumenter hjemme. Utgangspunktet i brukerens musikkbruk kan tilrettelegge for at brukerne kan fortsette med meningsfulle musikkaktiviteter på egen hånd etter endt musikkterapiforløp, noe Shirani Bidabadi og Mehryar (2015) understreker i forhold til reseptive musikkaktiviteter. Hvis brukeren utøver musikk på fritiden vil jeg foreslå muligheten for å undersøke om dette også kan innbefatte ekspressive aktiviteter. Dette vil også være relevant i forhold til begrepet om bærekraftighet (Bolger & McFerran, 2013), da det tilrettelegger for at brukeren selv kan oppsøke gode musikkopplevelser etter at musikkterapien er avsluttet.

I et mer organisatorisk perspektiv vil rekruttering være et tema. I lavterskeltilbud som for eksempel dagsenter, eller i boliger, er brukere tilstede på et spesifikt sted, og man kan samtale med dem direkte for å finne interessenter til musikkterapi. Dette er vanskeligere når det kommer til hjemmebaserte avdelinger, da det ikke finnes et naturlig sted for å møte brukere og kartlegge interesse av og behov for musikkterapi. I dette prosjektet gikk rekrutteringen gjennom de ansatte. Det fungerte bra her, da det var et prosjekt som var begrenset i tid, og de ansatte som møtte brukerne jevnlig kunne gi tilbudet om musikkterapi til de som viste interesse. På den måten fikk jeg kontakt med brukere gjennom ansatte som brukerne allerede hadde en god relasjon til. I samtale med praksisveileder på avdeling, ble FACT-team (Nasjonal kompetansetjeneste ROP, 2013) løftet frem som en aktuell mulig arena til å implementere musikkterapi i. FACT-team er et oppsøkende tverrfaglig team som besøker brukere og kartlegger og utformer et tilbud spesielt for dem og deres behov (ibid.).

Med hensyn til musikkterapeuters relasjonelle kompetanse, kan musikkterapi ha potensiale til å være et verdifullt bidrag inn et tverrfaglig arbeid, både i kartleggings- og oppfølgingsfaser, der de forskjellige kompetansene kan ha mulighet å utfylle og utvikle hverandre (Aftret, 2008). Et musikkterapitilbud som strekker seg fra hjemmebaserte tilbud, som samtidig kan ha tilgang til musikktilbud i lokalsamfunnet, vil kunne tilby støtte til brukerne fra klinisk musikkterapi, ut til egne musikkaktiviteter (Næss & Ruud, 2007), noe som kan bidra til en meningsfull hverdag (jfr. recovery, Solli, 2012) og være bærekraftig for brukerne (Bolger & McFerran, 2013). Dette vil også åpne for en utvidelse av den kontekstuelle dimensjonen i musikkterapien, til ”musikkterapi som interagerende kontekst” (Rolvjord & Stige, 2013), i samarbeid med andre felt på både individuelt, institusjonelt- og samfunnsnivå.

Ut ifra studiens resultater og kommunens veileder fra Helsedirektoratet (2014), kan en tenke at den musikkterapeutiske tilnærmingen som bygger på perspektiver fra norsk musikkterapi innenfor psykisk helsefeltet har fungert bra i denne konteksten, og kan argumentere for at et hjemmebasert musikkterapitilbud kan være et godt tilskudd i eksisterende tilbud for denne brukergruppen. Et hjemmebasert musikkterapitilbud kan nå ut til brukere som er begrenset av sitt eget psykiske og fysiske rom, som av forskjellige grunner faller utenfor de musikkterapitilbud som finnes per i dag.

8.2. Oppsummering

I dette prosjektet har jeg utforsket tre brukeres opplevelser av musikkterapi i et hjemmebasert kommunalt tilbud for psykisk helse. Gjennom fokus på både musikkterapisjoner og semi-strukturerte intervjuer, har jeg fått innblikk i musikkopplevelser både i øyeblikket og fått følge musikkterapiprosessen, samt refleksjoner i etterkant i intervjuene. Datamaterialet har jeg så, etter strukturert analyse, delt opp i tre kategorier; *Musikkopplevelser*, *Autonomi og relasjon*, og *I møte med egne evner*. Samlet forstår jeg disse som et utvidet identitetsrom gjennom musikk, da det kan tolkes som at brukerne opplever musikkterapien som noe nytt og positivt, der de får rom til å utforske og utvide sin egen identitet sammen med musikkterapeuten.

Litteraturliste

- Abbott, E. A. (2016). Reviewing the literature. I Wheeler, B. L.(Red.), *Music therapy research, 3rd ed.* (s. 56-65). Dallas: Barcelona Publishers.
- Ansdell, G. & Meehan, J. (2010). 'Some light at the end of the tunnel': Exploring users' evidence for the effectiveness of music therapy in adult mental health settings. I *Music and medicine: An interdisciplinary journal*, 2(1). s. 29-40. doi: 10.1177/1943862109352482
- Aftret, K., (2008). Samspill: om musikkterapeuten i kommunen. I I Trondalen, G. & Ruud, E. (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi.* (s. 243 - 252). Oslo: Norges musikkhøgskole, skriftserie fra Senter for musikk og helse.
- Baker, F A., Grocke, D. & Pachana, N A. (2012) "Connecting through Music: A Study of a Spousal Caregiver-Directed Music Intervention Designed to Prolong Fulfilling Relationships in Couples where One Person has Dementia." I *The Australian Journal of Music Therapy*; Deependene, Vic. Vol. 23. s. 4-19. Hentet fra: <https://search.proquest.com/docview/1151736993?accountid=12821>
- Bolger, L. & McFerran, K. S. (2013). "Demonstrating sustainability in the practices of music therapists: Reflections from Bangladesh." I *Voices: A World Forum For Music Therapy*, 13(2). Hentet fra <https://voices.no/index.php/voices/article/view/715/603>, den 17/4 2018.
- Bonde, L. O. & Trondalen G. (2014): Udvalgte musikkterapeutiske retninger og metoder, i Bonde, L. *Musikterapi : Teori - uddannelse - praksis - forskning : En håndbog om musikterapi i Danmark.* Århus: Klim.
- Bruscia, K. (2014). *Defining music therapy* (3rd ed.). University Park, Ill: Barcelona.
- Bruscia, K. (1987). *Improvisational models of music therapy.* Springfield, Ill: Thomas.

- De Backer, J. & van Camp, J. (2002). "Casen om Marianne: Gentagelse og musikalsk form i arbejde med psykose." I *Musikterapi i psykiatrien*, 3. s. 121-137. Hentet fra <https://tidsskrift.dk/mip/article/view/6099> den 21/11-2017.
- DeNora, T. (2000). *Music in everyday life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M., Vanhala, M., Gold, C. (2011) "Individual music therapy for depression: randomised controlled trial." I *The British Journal of Psychiatry* Jul 2011, 199 (2). s. 132-139. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085431
- Fangen, K. (2004). *Deltakende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- GAMUT. (2017). *Musikkterapi og psykisk helse*. Hentet fra: <https://gamut.w.uib.no/kunnskapsbeskrivelser/musikkterapi-og-psykisk-helse/>
- Gold, C.; Mössler, K., Grocke, D., Heldal, T O., Tjemsland, L, Aarre, T, Aarø, L E., Rittmannsberger, H., Stige, B., Assmus, J., Rolvsjord, R. (2013). "Individual Music Therapy for Mental Health Care Clients with Low Therapy Motivation: Multicentre Randomised Controlled Trial." I *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 82. s. 319-331. doi: [dx.doi.org/10.1159/000348452](https://doi.org/10.1159/000348452)
- Grocke, D. E. & Wigram, T. (2007). *Receptive Methods in Music Therapy : Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hanser, S B. & Thompson, L W., (1994). "Effects of a Music Therapy Strategy on Depressed Older Adults." I *Journal of Gerontology*, Vol. 49(6). s. 265–269. Hentet fra: https://www.researchgate.net/profile/Suzanne_Hanser/publication/15236521_Effects_of_Music_Therapy_Strategy_on_Depressed_Older_Adults/links/5636245608ae88cf81bd0f4c.pdf den 16/4 2018.

- Helsedirektoratet (2014): *Sammen om mestring*. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. (IS-2046).
- Hilliard, RE. (2003) "The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer." I *J Music Ther.* 40(2). s. 113-37. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14505443?dopt=Abstract&report=abstract> den 17/11-2017.
- Ip-Winfield, V., Wen, Y., Yuen, C. (2014). "Home-based Music Therapy for the Aged Chinese Community in Melbourne: Challenges and Outcomes." I *The Australian Journal of Music Therapy*; Deepdene, Vic. Vol. 25, s. 122-134. Hentet fra: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rft&AN=A942587&sit> den 17/11-17.
- Johansson, K. (2016). "Mellom hermeneutikk og fenomenologi - et essay i vitenskapsteori." I *Musikterapi*, 2016(2).
- Keil, C. (2005). "Participatory Discrepancies and the Power of Music". I Keil, C., & Feld, S. *Music grooves : Essays and dialogues (2nd ed.)*. s. 96-108. Tucson, Ariz: Fenestra.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindvang, C. (2005). "Casestudie: Musikterapi med skizofren kvinne." I *Musikterapi i psykiatrien*, 4. s. 107-119. Hentet fra <http://ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/mip/article/view/6112> den 21/11-2017.
- Maslow, A. H. (1987).. NY: Harper & Row, Publishers, Inc.
- McCaffrey, T. & Edwards, J. (2016). "'Music therapy helped me get back doing': Perspectives of music therapy participants in mental health services." I *Journal of music therapy*, 53(2). s. 121-148. Hentet fra: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rft&AN=A1106195&site=ehost-live> den 23/10-17.

- Mitchell, E. (2017). "Music therapy for the child or the family? The flexible and varied role of the music therapist within the home setting." I *British journal of music therapy*, 30(1). s. 39-42. Hentet fra: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=de78dade-0cfd-4701-bdd0-f1442b23396e%40sessionmgr4008&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=A1158580&db=rft> 17/11-2017.
- Mohlin, M. (2008). Ethiske aspekter ved musikkterapeutisk forskning og utviklingsarbeid. I Trondalen, G. & Ruud, E. (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi*. Skriftserie fra Senter for musikk og helse. NMH-Publikasjoner 2008:3. Oslo: Norges Musikkhøgskole. (s. 203-214).
- Nasjonal kompetansetjeneste ROP (2013): *FACT - Flexible Assertive Community Treatment visjon, modell og organisering av FACT-modellen*. 2. utg. Hentet fra <https://rop.no/globalassets/dokumenter/fact-handbok.pdf> den 19/4 2018.
- Nobuko S. (2016). "Effects of movement music therapy with the naruko clapper on physical function and frontal lobe function in elderly individuals with mild cognitive impairment." Hentet fra https://upload.umin.ac.jp/cgi-open-bin/ctr_e/ctr_view.cgi?recptno=R000026130 20/11-17.
- Næss, T. & Ruud, E. (2007). "Audible gestures: From Clinical improvisation to community music therapy. Music therapy with an institutionalized woman diagnosed with paranoid schizophrenia." I *Nordic Journal of Music Therapy* 16(2). s.160-171. <http://dx.doi.org/10.1080/08098130709478186>
- Rolvsjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Gilsum; Barcelona Publishers.
- Rolvsjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I Ruud, E., & Trondalen, G. (red). *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (Vol. 2008:3, NMH-publikasjoner (trykt utg.)). s. 123-137. Oslo: Norges musikkhøgskole/Unipub.

- Rolvsjord, R. (2004) ”Therapy as Empowerment”. I *Nordic Journal of Music Therapy*, 13:2, 99-111, DOI: 10.1080/08098130409478107
- Rolvsjord, R., & Stige, B. (2013). ”Concepts of context in music therapy.” *Nordic Journal of Music Therapy*, 1-23.
- Ruud, E. (2018). Musikkterapi. *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/musikkterapi> den 18/4 2018.
- Ruud, E. (2013). *Musikk og identitet* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I Ruud, E., & Trondalen, G. (red). *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (Vol. 2008:3, NMH-publikasjoner (trykt utg.). s. 5-28. Oslo: Norges musikkhøgskole/Unipub.
- Ruud, E. (1992). ”Om forskning i musikkterapien: Metakritikk, verdier og kvalitativ metode.” I *Nordisk Tidsskrift for Musikkterapi* 1(1). s. 2-26.
- Sagdahl, M. (2017). Autonomi. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/autonomi>
- Schmid, W. & Ostermann, T. (2010). ”Home-based music therapy - a systematic overview of settings and conditions for an innovative service in healthcare”. I *BMC Health Services Research* 2010, 10. s. 291. DOI: 10.1186/1472-6963-10-291
- Shiraishi, I M. (1997). ”A Home-Based Music Therapy Program for Multi-Risk Mothers”. I *Music Therapy Perspectives*, Vol.15 (1). s. 16–23. doi: <https://doi.org/10.1093/mtp/15.1.16>
- Shirani Bidabadi S., Mehryar A. (2015). ”Music therapy as an adjunct to standard treatment for obsessive compulsive disorder and co-morbid anxiety and depression: a randomized clinical trial”. I *Journal of affective disorders*, 184. s. 13-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.011>

- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*. New York: Cambridge University Press.
- Small, C. (1998). *Musicking : The meanings of performing and listening* (Music/culture). Hanover, N.H: University Press of New England.
- Smith, J., Larkin, M., & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis : Theory, method and research*. Los Angeles: SAGE
- Solli, H P. (2014a) *The groove of recovery: A qualitative study of how people diagnosed with psychosis experience music therapy*. Doktorgrad ved Universitetet i Bergen. Hentet fra: <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/8753/dr-thesis-2014-Hans-Petter-Solli.pdf?sequence=1&isAllowed=y> 20/11-2017.
- Solli, H.P. (2014b). "Battling illness with wellness: a qualitative case study of a young rapper's experiences with music therapy." I *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(3), 2015, s. 204-231. <http://dx.doi.org/10.1080/08098131.2014.907334>
- Solli, H.P. & Rolvsjord, R. (2014). "The Opposite of Treatment: A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy." I *Nordic Journal of Music Therapy* 24(1), 2015. s. 67-92. <http://dx.doi.org/10.1080/08098131.2014.890639>
- Solli, H.P.. (2012). "MED PASIENTEN I FØRERSETET – Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid." I *Musikterapi I Psykiatrien Online*, 7(2), 23-44.
- Solli, H. P. (2008). ""Shut up and play!" Improvisational use of popular music for a man with schizofrenia." I *Nordic Journal of Music Therapy* 17(1). s. 67-77. <http://dx.doi.org/10.1080/08098130809478197>
- Stake, R. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, Calif: Sage.

- Stern, D. (2010) "The issue of vitality", *Nordic Journal of Music Therapy*, 19:2, 88-102, DOI: 10.1080/08098131.2010.497634
- Stern, D., (2007). *Her og nå : øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Overs. Roster, M., & Bielenberg, T. Oslo: Abstrakt forl. Overs. av *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. NY: W.W. Norton & Co, 2004.
- Stige, B., & Aarø, L. (2011). *Invitation to community music therapy*. New York, NY: Routledge.
- Storm, S. (2002). "Livline til virkeligheden". i *Musikterapi i psykiatrien*, 3. s. 75-95. Hentet fra <http://ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/mip/article/view/6095> den 21/11-2017.
- Talwar N, Crawford MJ, Maratos A, Nur U, McDermott O, Procter S. (2006). "Music therapy for in-patients with schizophrenia: exploratory randomised controlled trial." I *British journal of psychiatry*, 189, s. 405-409. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.105.015073>
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : For helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Trondalen, G. (2016). *Relational music therapy : An intersubjective perspective*. Dallas, Tex: Barcelona.
- Trondalen, G. (2007). "Den etiske (ut)fordring i musikkterapiforskning". I *Musikkterapi*, 32(1), 32-33.
- Trondalen, G. (2004). *Klingende relasjoner : en musikkterapistudie av "signifikante øyeblikk" i musikalsk samspill med unge mennesker med anoreksi*. Doktorgradsavhandling ved Norges musikkhøgskole. Hentet fra: <https://remote.nmh.no/11250/DanaInfo=hdl.handle.net+172614> 20/11-2017.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation : Methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students*. London ;: J. Kingsley.
- Yin, R. (2014). *Case study research : Design and methods* (5th ed.). Los Angeles, Calif: SAGE.

Vedlegg

- 1: Samtykkeskjema for deltagelse i prosjektet
- 2: Godkjenning av forskningsprosjekt fra NSD
- 3: Guide for semi-strukturert intervju
- 4: Utdrag fra analyseprosessen: hovedkategorier

1: Samtykkeskjema for deltagelse i prosjektet ²¹

Invitasjon til deltagelse i forskningsprosjekt

” Brukeropplevelser av individuell musikkterapi i et kommunalt tilbud for psykisk helse og avhengighet. ”

Bakgrunn og formål

På initiativ fra [redacted] har Catharina Janner, masterstudent i musikkterapi ved Norges Musikkhøgskole, etablert og gjennomfører nå en praksisperiode med musikkterapi på avdeling for psykisk helse og avhengighet. Denne strekker seg over vår- og høstsemesteret 2017. Som en del av avtalen mellom [redacted] og Norges musikkhøgskole skal masteroppgaven til studenten ta for seg praksisprosessen.

Prosjektet har som formål å finne ut av hva brukere innenfor denne avdelingen opplever i individuell musikkterapi.

Hva innebærer deltagelse i studien?

Ved deltagelse i studien vil musikkterapiforløpet fortsette som tidligere, og innbefatte cirka 8 musikkterapitimer sammen med musikkterapistudenten. Timene vil bli tatt opp på lydbånd, med den hensikten å bistå studenten med å gjenkalle hva som blir gjort og sagt i timene i analyseprosessen. Studenten vil ha noen fokusspørsmål underveis i timene for å tydeliggjøre sammenhengen mellom musikkterapitimene og forskningen.

I tillegg vil det bli gjennomført et intervju i etterkant av terapiforløpet, der vi snakker om erfaringer fra musikkterapien. All materiale vil bli anonymisert i oppgaven.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. De som vil ha tilgang til personopplysninger i løpet av prosjektet er utelukkende studenten, Catharina, veileder professor Gro Trondalen og [redacted] som er psykolog i [redacted] og kontaktperson til Catharina. Lydopptakene vil lagres innlåst og vil bare brukes på isolerte datamaskiner uten nettverkstilkobling.

Prosjektet skal etter planen være avsluttet innen 31 desember 2018. Da vil lydopptak fra musikkterapitimene og intervjuene slettes.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg fra studien uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg fjernes fra studien. Dersom du har spørsmål til studien, ta gjerne kontakt med meg på epost: [catharina.janner@\[redacted\]](mailto:catharina.janner@[redacted])

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

²¹ At musikkterapien ”fortsetter som tidligere” er på grunn av at brukerne fra vårsemesteret hadde planlagt å fortsette musikkterapien. Av forskjellige grunner ble det ikke så. Denne setningen ble dermed forklart for de nye brukerne på intromøtet.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Dato, sted, navn)

2: Godkjenning av forskningsprosjekt fra NSD



Gro Trondalen
Norges musikkhøgskole
Postboks 5190 Majorstua
0302 OSLO

Vår dato: 19.06.2017

Vår ref: 54502 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.05.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>54502</i>	<i>Brukeropplevelser av individuell musikkterapi i et kommunalt tilbud for psykisk helse og avhengighet</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Norges musikkhøgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Gro Trondalen</i>
<i>Student</i>	<i>Catharina Janner</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

forts. vedlegg 2

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Catharina Janner catharinajanner@gmail.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 54502

FORMÅL

Prosjektets formål er å undersøke brukernes opplevelse av et musikkterapitilbud i en kommunal avdeling for psykisk helse og avhengighet. Prosjektet springer ut fra en praksis på en sådan kommunal avdeling, på initiativ av avdelingen med et ønske om å prøve ut et musikkterapitilbud for deres brukere, både på avdelingen og hjemme. Problemstillingen blir dermed "Hvordan opplever brukere individuell musikkterapi i et kommunalt tilbud innen psykisk helse og avhengighet?"

UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalget er brukere av tjenester ved avdeling for psykisk helse og avhengighet hvor studenten har vært i praksis. Personvernombudet legger til grunn at frivilligheten ivaretas og minner om at frivillighet kan være problematisk når en rekrutterer gjennom eget nettverk hvis det er et avhengighetsforhold mellom den som rekrutterer og informant, som for eksempel forholdet mellom terapeut og pasient. Vi anbefaler at en kollega av studenten retter forespørselen til utvalget, slik at deltagelse oppleves som reelt frivillig.

DOBBELTROLLE

Det fremkommer at studenten er i praksis hvor forskningen skal gjennomføres. Dette innebærer at studenten inntreffer i en dobbeltrolle, som student og som ansatt. Opplysninger som kommer frem i forbindelse med forskning kan ikke uten videre overføres til journal eller behandlingen av pasienten. Studenten har også taushetsplikt, og det er viktig å være klar over at denne taushetsplikten ikke er ensbetydende/sammenfallende med den taushetsplikten man har i kraft av sin stilling. Samtidig kan ikke opplysninger studenten har i kraft av sin stilling overføres til forskningen.

Videre er det viktig at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandlingen av personopplysninger som finner sted under datainnsamling.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men det bør understrekes overfor utvalget at det ikke vil ha påvirkning på deres forhold til den behandelende enheten eller deres behandlere dersom de velger å ikke delta i prosjektet.

SENSITIVE PERSONOPPLYSNINGER

Det behandles sensitive personopplysninger om etnisk bakgrunn eller politisk/filosofisk/religiøs oppfatning og helseforhold.

INFORMASJONSSIKKERHET

Det er beskrevet i meldeskjemaet at personopplysninger skal oppbevares på mobile lagringsenheter. Personvernombudet anbefaler ikke at sensitive opplysninger oppbevares på mobile enheter og vi forutsetter at

forts. vedlegg 2

slik lagring avklares med Norges musikkhøgskole.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Norges musikkhøgskole sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PUBLISERING

I meldeskjemaet har dere krysset av for at dere skal publisere indirekte personopplysninger i oppgaven. Dersom personopplysninger skal publiseres, må det innhentes et eksplisitt samtykke til dette. Vi kan imidlertid ikke finne informasjon om dette i informasjonsskrivet. Personvernombudet legger derfor til grunn at dette er feil, og har endret dette punktet til at dere skal publisere anonymt og at ingen informanter vil kunne gjenkjennes i publikasjonen.

ANDRE GODJENNINGER

Personvernombudet forutsetter at det foreligger godkjenning fra behandlingsstedets ledelse til at student kan gjennomføre forskning på arbeidsplassen. Videre anbefaler vi at det avklares med behandlingsansvarlig institusjon (Norges musikkhøgskole) at det er greit at studenter gjennomfører forskning på praksisplass.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektlutt er 31.12.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

3: Guide for semi-strukturert intervju

Intervjuguide til semi-strukturert intervju

- Hvordan har det vært for deg å ha musikkterapi?
- Hva betyr musikkterapi for deg?
- Er det noe du synes har vært særlig bra?
- Er det noe du synes har vært vanskelig, eller kunne vært annerledes?
- Er det noe i musikkterapien du kan bruke i hverdagen?
- Hvis det hadde vært mulig, hva i musikkterapi hadde du hatt lyst til å fortsette med?
- Har du opplevd noen forandringer i musikkterapien?
- Hva tenker du om å ha et musikkterapi tilbud i kommunen?
- Er det noe mer du har lyst til å si?

4: Utdrag fra analyseprosessen: hovedkategorier

B1 kategorier

intervju			sesjoner				overkategori
Betydning	Opplevelse av MT	Læring	struktur				MT's betydning
			autonomi				Autonomi
Emosjoner			emosjoner og opplevelser i MT	sangens budskap	musikkens påvirkning	musikk og livsopplevelser	Musikk og emosjoner
Relasjon			relasjon				Relasjon

B2 kategorier

intervju		sesjoner			overkategori
sykdomsidentitet		identitet og sykdom			Identitet
musikkterapiens tilbud	noe nytt	musikkopplevelse	emosjoner		MT opplevelser og emosjoner
relasjon		relasjon			Relasjon
mestring/prestasjon		mestring/prestasjon			Mestring vs. prestasjon
valgfrihet		autonomi	musikkbruk		Autonomi
personfokus		persontilpasning	evner	musikk og person	Personfokus

B3 kategorier

intervju			sesjoner		overkategori
MT som omstart	opplevelse av MT	hjemmebasert MT	kontext	opplevelse av MT	MT's rolle
mestringsopplevelser	utfordringer		riktig/galt	mestring	Utfordringer/mestring
B3's musikk	spiritualitet		autonomi	kropp	Identitet
deling av musikk			relasjon		Relasjon

Samlet

MT's betydning	MT's rolle				Musikkopplevelser
Musikk og emosjoner	MT opplevelser og emosjoner				
Autonomi	Autonomi	Personfokus	Identitet		Jeg og vi - autonomi og relasjon
Relasjon	Relasjon	Relasjon			
Sykdomsidentitet					
Mestring vs. prestasjon	Utfordringer/mestring				Utrygghet og mestring

Norges musikkhøgskole

Norges musikkhøgskole (NMH) er en vitenskapelig høgskole med Norges største fagmiljø innen musikk.

NMH utdanner instrumentalister, sangere, kirkemusikere, dirigenter, komponister, musikkteknologer, pianostemmere, musikkpedagoger og musikkterapeuter.

750 studenter og om lag 350 ansatte arbeider i en stor sjangerbredde som særlig omfatter klassisk, samtidsmusikk, jazz og folkemusikk.

Studiene ved Norges musikkhøgskole er ettertraktet og konkurransen om studieplassene er hard. Ferdig utdannet er de fleste studentene på et høyt profesjonelt nivå og finner arbeid i kulturskoler, skoler, helseinstitusjoner, band og orkestre, og som frilansere.

Musikkterapistudiet

Musikkterapi handler om bruk av musikk i samhandling med mennesker, for å øke deres livskvalitet og helse.

Musikkterapistudiet fokuserer på ferdigheter innenfor kommunikasjon og sosialt samspill. Musikalsk improvisasjon står sentralt, siden dette er et viktig redskap for å komme i kontakt med – og utvikle relasjonelle og kommunikative ferdigheter.