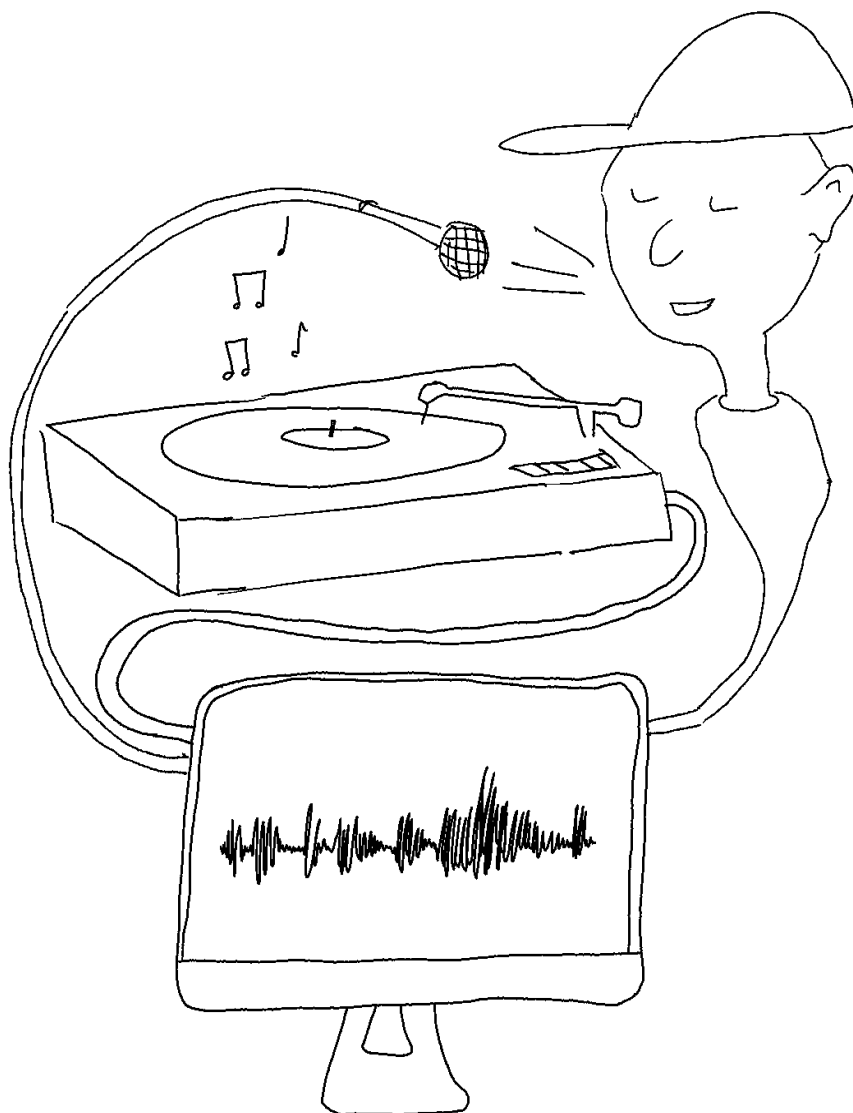


# Musikkproduksjon i psykisk helse og rusfeltet

En kvalitativ intervjustudie om implementering  
av et lavterskel musikktilbud i lokalt  
psykisk helse- og rusarbeid

Sigurd Erlend Underhaug Nermoen



# Musikkproduksjon i psykisk helse og rusfeltet

En kvalitativ intervjustudie om implementering av  
et lavterskel musikktilbud i lokalt psykisk helse-  
og rusarbeid

Masteroppgave i musikkterapi

Sigurd Erlend Underhaug Nerموen

Norges musikkhøgskole

Våren 2022

Ord: 22122



## SAMMENDRAG

Denne masteroppgaven tar for seg et lavterskel musikktilbud sin implementeringsprosess inn i lokalt psykisk helse- og rusarbeid. Tilbudet dreier seg rundt *musikkproduksjon* som kjerneaktivitet. For å utforske denne tematikken, har jeg gjennomført en kvalitativ intervjustudie med et strategisk utvalg informanter tilknyttet musikktilbudet, inkludert brukerperspektivet. I tillegg ønsket jeg å se om informantenes kunnskap og erfaringer fra implementeringsprosessen kunne ha implikasjoner for fremtidig praksisutvikling og implementering av musikkterapi.

Studiens funn antyder at musikktilbudet har fått økonomisk støtte ved å formidle at prosjektet er i tråd med nasjonale krav og forventninger om *brukermedvirkning* og *recoveryperspektiv*, selv om den reelle gjennomføringen virket mangelfull. Et annet funn kan tolkes dit hen at musikkterapiforskning uvisst har blitt brukt for å legitimere praksisen, til tross for at den formelt sett ikke kan defineres som musikkterapi.

Studiens funn antyder to implikasjoner for musikkterapi; 1) at grunnleggende ferdigheter knyttet til *musikkproduksjon* burde implementeres i musikkterapiutdanningene, og 2) spesialisering og autorisasjon av musikkterapiprofesjonen burde prioriteres som systematiske implementeringsstrategier.

Emneord: musikkterapi, implementering, psykisk helse, brukermedvirkning, recovery, musikkproduksjon, musikkteknologi

Antall ord: 22122

## ABSTRACT

**English title: Music production in mental health and addiction services. An interview study on the implementation of a low-threshold music service in local mental health and addiction services**

This master's thesis explores the process behind implementing a low-threshold music service into local mental health and addiction services. The service is centered around *music production* as a focal activity. To explore these themes, I have conducted a qualitative interview study with a strategic selection of participants, including the user perspective. In addition, their knowledge and experiences from the implementation process were discussed in terms of being of value for future development of practices and implementation strategies within music therapy.

The results suggest that the music service has gained economic support through appealing to government demands and expectations regarding *user participation* and *recovery*, even if actual implementation of these seemed lacking. Another result deemed it possible that music therapy research has been used unknowingly to legitimize the practice in question, even though it is not formally defined as music therapy.

The findings of this study suggest two implications for music therapy; 1) that basic skills regarding *music production* should be implemented as part of music therapy educations and 2) that specialization and certification of the music therapy profession should be prioritized as systematic implementation strategies.

Keywords: *Music therapy, implementation, mental health, user participation, recovery, music production, music technology*

Words: 22122



## FORORD

Da var jeg kommet ved veis ende. Og for en reise det har vært!

Jeg vil først få lov til å takke informantene i denne masteroppgaven. Takk for at dere ville delta i studien min, og for at jeg har fått blitt kjent med dere gjennom praksis. Uten dere - ingen masteroppgave!

Takk til Gro Trondalen for at du har veiledet meg klokt og varsomt gjennom et hav av ideer. Og takk for dine oppmuntrende kommentarer! Takk til Christine Wilhelmsen for gode samtaler og veiledning under min praksisperiode. Og for at du spør omtenksomt om jeg vil ha en kopp te hver gang! Takk til den fantastiske klassen for tre fine år sammen - heldigvis ikke alle på *Zoom*. Takk til Tobias for teknisk assistanse, Karoline for peptalks, og Ingvill for verdifulle innspill til oppgavens problemstilling.

Tusen takk til Robin, min nest beste venn, for at du bidro med en utrolig verdifull gjennomlesning av oppgaven på slutten der!

Takk til familien min på Otta for at jeg alltid føler meg velkommen, og en ekstra takk til pappa for at du indoktrinerte meg med livets gave; The Beatles.

Til Maiken og vår hund Saga, for at dere setter ting i perspektiv, legger meg i avspenning, og sørger for at vi facetimer med Siri og den firbente skatt Ylva med jevne mellomrom.

Tusen takk!

Sigurd Erlend Underhaug Nermoen

Oslo, mai 2022





# INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG .....	iii
ABSTRACT .....	iv
FORORD.....	vi
INNHALDSFORTEGNELSE .....	viii
1. INNLEDNING .....	1
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Begrepsavklaring.....	2
1.4 Formål og aktualitet.....	5
1.5 Litteraturgjennomgang .....	6
2. TEORI .....	8
2.1 Nasjonale krav og forventninger til psykisk helse- og rusarbeid .....	8
2.1.1 Brukermedvirkning .....	8
2.1.2 Recovery .....	10
2.2 Organisasjonsteori .....	12
2.2.2 Implementering.....	13
2.3 Musikk og helse.....	17
2.3.1 Musikterapi i Norge .....	18
2.3.2 Musikkproduksjon.....	21
3. METODE .....	24
3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv .....	24
3.1.1 Hermeneutikk.....	24

3.2 Kvalitativ metode .....	25
3.2.1 Intervju.....	25
3.2.2 Utvalg informanter .....	25
3.2.3 Intervjuguide.....	27
3.2.4 Gjennomføring av intervju.....	27
3.3 Tematisk analyse .....	28
3.3.1 Seks faser .....	29
3.4 Metodekritikk .....	31
3.4.1 Gyldighet og pålitelighet .....	32
3.5 Forskningsetikk .....	34
4. RESULTAT .....	37
4.1 Brukerstyrt konsept .....	37
4.1.1 Brukerinteresse.....	38
4.1.2 Indre motivasjon.....	39
4.1.3 Musikkproduksjon.....	40
4.1.4 Mål og drømmer .....	43
4.2 Innovativ implementering .....	44
4.2.1 Strategi.....	44
4.2.2 Tilfeldigheter .....	47
4.2.3 Utfordringer.....	48
4.3 Musikterapi som støtte .....	50
4.3.1 Musikterapeut som konsulent.....	50
4.3.2 Forskning.....	52
4.3.3 Skille mellom musikktilbud og musikkterapi .....	53
5. DRØFTING.....	56
5.1 Appellerte til nasjonale krav og forventninger.....	56

5.2 Musikkterapi som empirisk alibi .....	59
5.3 Implikasjoner for musikkterapi .....	62
6. OPPSUMMERING .....	66
6.1 Veien videre .....	67
Litteraturliste .....	68
Vedlegg 1 – Vurdering fra NSD.....	79
Vedlegg 2 – Intervjuguide 1 - Erfaringseksperter .....	81
Vedlegg 3 – Intervjuguide 2 - Prosjektleder .....	84
Vedlegg 4 – Intervjuguide 3 - Musikkterapeut .....	87
Vedlegg 5 – Intervjuguide 4 - Avdelingsleder .....	90
Vedlegg 6 – Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt.....	93
Vedlegg 7 - Retningslinjer for behandling av persondata - NMH .....	97
Vedlegg 8 - Eksempler på koding .....	99
Vedlegg 9 – Første tankekart.....	100
Vedlegg 10 – Siste tankekart.....	101

# 1. INNLEDNING

I denne studien undersøker jeg et lavterskel musikktilbud sin prosess bak å bli implementert i lokalt psykisk helse- og rusarbeid. Tilbudet dreier seg rundt *musikkproduksjon* som kjerneaktivitet. De har ikke musikkterapeut, og tilbyr dermed formelt sett ikke musikkterapi. Til tross for dette, har jeg blitt opptatt av om erfaringer fra dette prosjektet kan ha nytteverdi for fremtidig praksisutvikling og implementering av musikkterapi. Mer informasjon om implementeringsprosesser etterspørres i musikkterapifagfeltet, særlig i lys av at det er vanskelig å skape varige musikkterapistillinger i psykisk helsefeltet (Due, 2017; Stige, 2017; Tellez, 2020; Thuen, 2019). Det er i 2019 50 musikkterapistillinger innen psykisk helse og rusfeltet i landet (Evensen & Fleiner, 2019), selv om nasjonale styringsdokumenter som anbefaler musikkterapi som behandling, tilsier at det er rom for flere (Helsedirektoratet, 2013, 2016a, 2016b).

Jeg har intervjuet et strategisk utvalg informanter; ansatte med brukererfaring, en musikkterapeut som har veiledet tilbudet, samt ledelse. De beskriver hvordan de opplevde prosessen bak å skape musikktilbudet og implementere det i den kommunale organisasjonen. Basert på mine litteratursøk, fremstår denne studien som en av de første som inkluderer brukerperspektivet innenfor temaet *implementering* i musikkterapifeltet. Jeg gjennomfører en tematisk analyse av informantenes utsagn, og drøfter resultatene i lys av teori. Jeg drøfter også hvorvidt denne informasjonen er noe musikkterapi kan nyttiggjøre seg.

## 1.1 Bakgrunn

I løpet av musikkterapistudiene har jeg etter hvert blitt klar over at flere musikkterapeuter benytter musikkteknologi, innspillingsutstyr og musikkproduksjon som del av sin praksis. Jeg har selv bakgrunn fra musikkproduksjon og en sterk interesse for musikkteknologi og lyd. Dette kulminerte i et personlig *eureka*-øyeblikk i en forelesning om bruk av rap, hip hop og musikkproduksjon i musikkterapeutisk praksis, med Hans Petter Solli og André Alexander «Jester» Molkom fra *Gatas Parlament*. Etter dette seminaret visste jeg hva jeg ville spesialisere meg mot og utforske i mitt masterprosjekt.

Høsten 2020 fikk jeg tilbud om å gjennomføre to praksisperioder ved musikkterapistudiet ved et lavterskel musikktilbud innen psykisk helse og rusfeltet. Dette tilbudet hadde nettopp fokus

på musikkproduksjon som musikalsk kjerneaktivitet. Jeg hadde en såkalt *egenpraksis*, der jeg som student fungerte som første og eneste musikkterapeut ved prosjektet, og fikk ekstern veiledning av en musikkterapeut utenom av praksistiden. Jeg var i praksis der stort sett hver tirsdag våren og høsten 2021. I løpet av denne tiden ble jeg godt kjent med musikktilbudet.

Parallelt med at jeg i denne perioden fikk øynene opp for musikkterapi og musikkproduksjon, var det et annet tema som fanget meg; at man som musikkterapeut må være innstilt på å «skape sin egen stilling». Jeg ønsker dermed å bidra til forskningen på implementering og organisering av musikkterapipraksis i psykisk helse og rusfeltet, siden informasjon om dette kan være nyttig og interessant for mange musikkterapeuter. Jeg har valgt å undersøke musikktilbudet i oppgaven med tanke på at mange av prosessene de har forholdt seg til i sitt implementeringsarbeid – som for eksempel økonomiske, organisatoriske og politiske faktorer – er faktorer man ofte må forholde seg til i implementering av musikkterapipraksis.

## 1.2 Problemstilling

Formålet med denne studien er å få et innblikk i prosessen bak implementeringen et lavterskel musikktilbud i lokalt psykisk helse- og rusarbeid. Deretter skal jeg drøfte hvorvidt disse erfaringene er noe som kan ha overføringsverdi til implementering av musikkterapi.

Opgavens problemstilling er som følger:

*Hvordan beskriver erfaringseksperter, ledere og musikkterapeut prosessen bak implementering av et lavterskel musikktilbud i lokalt psykisk helse- og rusarbeid?*

Med følgende underproblemstilling:

*På hvilke måter kan musikkterapi nyttiggjøre seg denne kunnskapen med fokus på praksisutvikling og implementering av musikkterapi i psykisk helse- og rusfeltet?*

## 1.3 Begrepsavklaring

I denne oppgaven, brukes *lokalt psykisk helse- og rusarbeid* for å beskrive konteksten musikktilbudet er implementert i. Helsedirektoratet beskriver lokalt psykisk helse og

rusarbeid som «kommunenes, de distriktpsykiatriske sentrenes og den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingens innsats på feltet» (Helsedirektoratet, 2014, s. 9). Psykisk helsefeltet og rusfeltet benevnes som ett felt i denne oppgaven, i tråd med Helsedirektoratets (2014) anbefaling om å se disse i sammenheng.

*Musikktilbudet* som presenteres i studien, har i løpet av seks år utviklet seg fra et enkelt tiltak for *en* beboer en gang i uken, til et organisert lavterskel musikktilbud som er åpent fem dager i uken med over 50 medlemmer. De har rundt åtte erfaringseksperter i arbeidstrening gjennom NAV. De første to årene fikk prosjektet 1 000 000 kr fra eksterne støttespillere og kommunen til å kjøpe inn utstyr og lønne erfaringseksperter, og har mottatt støtte jevnlig siden. I dag er de fortsatt avhengig av ekstern støtte, men de er godt i gang med å implementeres som del av det lokale psykisk helse- og rustilbudet i kommunen. En prosjektleder i 100%, en miljøterapeut i 60% og en sosionom i 20% er ansatte ved tilbudet med lønn fra fylkeskommunen. Siden de ikke har musikkterapeut, defineres tilbudet derfor ikke formelt som musikkterapi, men *musikk som miljøterapi* (Kielland et al., 2020, s. 11). De sentrerer tilbudets aktiviteter rundt *musikkstudio*, fra låtskriving til innspilling, miksing, mastring, design av albumcover, musikkvideo og utgivelse av musikk på strømmetjenester. I studien omtales disse aktivitetene som *musikkproduksjon*. Musikktilbudet har i dag to godt utstyrte studioloekaler med innspillingsutstyr og et bredt utvalg instrumenter.

Musikktilbudet er et *lavterskeltilbud*. Slike tilbud har en lavere terskel for deltakelse enn tradisjonelle tilbud i tjenesteapparatet (Helsedirektoratet, 2013, s. 97). Noen brukere er kritiske til hjelp fra tjenester, som fører til at de tar kontakt kun i nødstilfeller, men lite ellers (Helsedirektoratet, 2013). Lavterskeltilbud kan være en av de viktigste arenaer for kontakt mellom støtteapparatet og denne brukergruppen. Det stilles ingen krav til sosiokulturelle faktorer som utdanning og økonomi, og det er heller ikke behov for henvisning (Krüger & Strandbu, 2015). Av disse grunnene anbefales denne type tjenester som en del av et helhetlig kommunalt tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2014). Psykolog Ragnhild Ese (2013) publiserte en artikkel om hvilke reaksjoner hun fikk av andre fagfolk da hun fortalte at hun jobbet i et lavterskeltilbud. Fordi at innholdet i lavterskeltilbud ofte ikke er gjort kjent, forteller hun at samarbeidspartnere ikke vet hva de kan forvente av slike tjenester. Noen assosierte lavterskeltilbud med lav kvalitet. Hun poengterer at man som ansatt i lavterskeltilbud er underlagt samme lovverk som ved andre steder og institusjoner (Ese, 2013).

I denne studien benevnes ansatte med brukerfaring som *erfaringseksperter*, fordi det er benevnelsen som benyttes ved musikktilbudet. Inntil nylig kalte de det erfaringskonsulent, men endret det i forbindelse med at man per 2020 må ha bestått kurs for å bruke tittelen erfaringskonsulent (KBT, 2019). Erfaringseksperter har ulike ansvarsområder ved musikktilbudet, fra daglig leder til IT-sjef i tillegg til å være imøtekommende og hjelpelige for brukere, eller *medlemmer* som er benevnelsen de har valgt selv å bruke ved musikktilbudet. Erfaringseksperter benytter sin egenerfaring fra bruk av musikk til egen bedring til å hjelpe andre medlemmer med å gjøre det samme. I oppgaven refererer ordet *medlem* til de som deltar i musikktilbudet, mens *bruker* benyttes generelt og som en samlebetegnelse for medlemmer og erfaringseksperter. Dette er fordi begreper som «brukerstemmen», «brukermedvirkning», «brukerstyring» og «brukerperspektiv» er sentrale i aktuell teori og litteratur.

*Implementering* er prosesser der konsepter, ideer og forskning skal flettes inn og bli en aktiv og varig del av eksisterende systemer og praksis (Fixsen et al., 2005; Roland & Westergård, 2015). «Implementere betyr å iverksette, utføre eller realisere» ifølge Store norske leksikon (Nilstun, 2022). Mer om implementering i pkt. 2.2.2 *Implementering*.

I underproblemstillingen spør jeg hvordan *musikkterapi* kan nyttiggjøre seg kunnskap fra musikktilbudets implementeringsprosess. Her sikter jeg til tredelingen av musikkterapi som fag, profesjon og praksis (Ruud, 2020), spesielt innen psykisk helse og ruspraksis. Jeg sikter også til musikkterapeuter og andre som er interesserte i dette temaet. I denne oppgaven studerer jeg ikke min egen tilnærming til musikkterapipraksis, men heller hvordan musikkterapi på et mer generelt grunnlag kan relatere til dette musikktilbudet, og hvordan man kan forstå musikktilbudet gjennom musikkterapiteori. Mer om musikkterapi i pkt. 2.3.1 *Musikkterapi i Norge*.

Jeg har avgrenset meg fra å undersøke konkrete økonomiske rammer for musikktilbudet. Det er ikke mest interessant for meg *hvor* de har søkt midler, men *hvordan*. Økonomi er en viktig del av implementeringsarbeid (Tellez), men oversikt over hvor man kan søke midler finnes det allerede mye ressurser om (Kielland, 2020). Musikktilbudet har fått lite avslag på søknader om midler, og derfor er fokus å undersøke hvordan de har formidlet prosjektet til støttespillere.

## 1.4 Formål og aktualitet

Som musikkterapeut må man ofte «lage sin egen stilling», og jeg er interessert i hva dette innebærer. Selv om nasjonale styringsdokumenter anbefaler musikkterapi som behandling, reflekteres ikke dette i antall musikkterapistillinger. Per 2019 var det 50 musikkterapistillinger i psykisk helsefeltet (Evensen & Fleiner, 2019). I Halås (2019) sin kartlegging av musikkterapi profesjonen, svarte 59 av 133 respondenter at de jobbet innen psykisk helsefeltet. Selv om antall stillinger skulle være noe høyere i dag – la oss si opp mot 100 stillinger – er det i snitt 10 stillinger per fylke, eller 0,28 stillinger per kommune. I realiteten er majoriteten av stillingene fordelt mellom Oslo og Bergen, rundt studiemiljøene til musikkterapi (Halås, 2019; Hodne, 2008). Det betyr at man er langt unna å kunne tilby musikkterapi til alle i denne brukergruppen som kunne trenge det, spesielt for de som bor utenom Oslo og Bergen. Ifølge Due (2017), «vil implementering av musikkterapi tilgjengeliggjøre et dokumentert effektivt supplement til medisiner og samtalerapi for helsevesenet», som beskrevet i Representantforslag 97 S (2016-2017, s. 2).

*Psykisk uhelse og rusproblematikk* er et stadig økende samfunnsproblem (Bramness, 2021; Helsedirektoratet, 2014). Ifølge WHO, vil psykiske lidelser mest sannsynlig være en sentral årsak til sykdomsbelastning i den vestlige verden i tiden fremover (Helsedirektoratet, 2014). Da blir det viktig å vektlegge tjenester som kan bedre livskvaliteten til personer rammet av angst, depresjon og rusmiddelproblematikk. Ifølge en rapport fra 2020 (Hustvedt et al., 2021) ble det kartlagt 37 621 personer over 18 år med enten psykiske helseproblemer og/eller rusproblem, med betydelige mørketall grunnet sterkt redusert kartlegging (Hustvedt et al., 2021, s. 1). Ifølge FHI sin rapport *Psykisk helse i Norge* (Reneflot et al., 2018, s. 170) observeres en «bekymringsfull økning i andelen unge jenter som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager og som oppsøker helsetjenesten for sine plager». Ifølge *Håndbok i rusbehandling* (Bramness, 2021, s. 5), er det i Norge i dag minst 200 000-300 000 mennesker til enhver tid med utfordringer knyttet til alkoholmisbruk, der 30 000-50 000 har en ukontrollert og skadelig bruk av reseptbelagte legemidler, og omlag 20 000-30 000 har et problematisk forhold til narkotika. Omfanget av mennesker i Norge som har hatt et slikt problem i løpet av sitt liv er muligens dobbelt så stort, noe som maler et bilde av at problemfylt rusmiddelbruk er et stort problem i samfunnet og for folkehelsen (Bramness, 2021, s. 5).



## 1.5 Litteraturgjennomgang

I løpet av arbeidsprosessen med masteroppgaven har jeg fortløpende tilegnet meg relevant litteratur og teori på ulike måter. Dette har vært gjennom litteratursøk, gjennom å studere litteraturlistene til relevant stoff, samt tips fra veileder, medstudenter og forelesere.

Mine litteratursøk ble gjort i databasene *Oria*, *Google Scholar*, *RILM* og *ProQuest*. Søkene inneholdt ulike kombinasjoner av følgende søkeord:

«psyk\*», «rus\*», «helse\*», «ROP\*», «musikkterap\*», «implementer\*», «etabler\*»

Jeg avgrenset søkeresultatene med følgende kriterier:

- Kun norskspråklig litteratur ble inkludert i litteratursøket, med tanke på relevans for norske forhold i helsetjenestene og velferdsstat.
- Beskrivelse/oppsummering av teksten måtte være tilgjengelig.
- I henhold til oppgavens tema prioriterte jeg først og fremst resultater knyttet til psykisk helse og rusfeltet.

I disse litteratursøkene fant jeg et utvalg rapporter, utredningsdokumenter, bøker, artikler og masteroppgaver. Etter å ha lest gjennom dokumentene, så jeg at musikkterapien som fagfelt har tatt tak i flere spørsmål knyttet til implementering av musikkterapi praksis i psykisk helse og rusfeltet. Betydningen av *ledelse, profilering og synlighet, systematisk implementering, utdanning og forskning* er tema som går igjen (Due, 2017; Johansson, 2019; Stige et al., 2020; Tellez, 2020; Thuen, 2019). Litteraturen etterlyser i videre forskning at man undersøker eksempelvis ikke bare musikkterapeuter sitt perspektiv, men også annet helsepersonell og ledelse (Tellez, 2020), og i det hele tatt «*hvorfor musikkterapi?*», ikke bare «*hvordan etablere musikkterapi?*» (Stige, 2017).

For å spisse min masteroppgave og adressere disse gapene i litteraturen, taler mine problemstillinger til disse momentene. Jeg har for eksempel tatt utgangspunkt i et lavterskel

musikktilbud som ikke formelt sett tilbyr musikkterapi. Dette er en mulighet til å svare ut Stiges (2017) anmodning om en mer refleksiv og kritisk profesjonsøkologi, gjennom å ikke anta at musikkterapi er det rette svaret. Jeg har valgt å inkludere flere informantperspektiv, inkludert ledelse, brukerperspektiv, og en utenforstående musikkterapeut. Dette er i tråd med oppfordringen til Tellez (2020) nevnt ovenfor. Thuen (2019) oppfordrer om å utforske hvordan det oppleves å presentere musikkterapi til en institusjon. Dette inspirerte meg til å undersøke hvordan musikktilbudet har presentert seg for økonomiske støttespillere.

## 2. TEORI

I dette kapittelet presenteres studiens teoretiske perspektiver. De er valgt fordi de etter mitt skjønn danner en god forståelsesramme for studiens resultater. Jeg har avgrenset teori ved å prioritere perspektiver som enten dukket opp i litteratursøk eller ble nevnt av informantene. Teoretiske perspektiver er gruppert i tre hovedkategorier. Først beskrives *brukermedvirkning* og *recovery* i punktet «Nasjonale krav og forventninger til psykisk helse- og rustjenester». Deretter beskriver jeg *organisasjonsteori* og *implementering* i kategorien «Organisasjonsteori». Til slutt beskrives *musikk og helse*, *musikkterapi i Norge*, og *musikkproduksjon* i tredje kategori «Musikk og helse».

### 2.1 Nasjonale krav og forventninger til psykisk helse- og rusarbeid

Begrep som brukermedvirkning og recovery er sentrale i Helsedirektoratets veileder *Sammen om mestring* (2014). Denne veilederen definerer krav, forventninger, gjeldende lovverk og retningslinjer for lokalt psykisk helse- og rusarbeid. Informantenes beskrivelser av musikktilbudets utforming ligger tett opp mot disse begrepene. Derfor danner dette dokumentet, *Sammen om mestring*, et utgangspunkt for denne delen av teorikapittelet.

#### 2.1.1 Brukermedvirkning

Siden 70-tallet har en gradvis «skjult reform» foregått i norsk psykisk helsevern. Økning i forskning på negative konsekvenser av institusjonalisering, samt fokus på å fremme individets rettigheter har ført til en deinstitutionisering av psykisk helsevesen (Klausen, 2016). Denne utviklingen kulminerte i 1998 med *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2008* (St.prp. nr. 63 (1997-98), 1998), hvor målsetningene innebar blant annet å sette pasientens behov først når det gjaldt hvilke tilbud de skal motta. Dette ble et nytt paradigme med utgangspunkt i pasientenes perspektiv. Å leve mest mulig normale liv med deltakelse i samfunnet, selvstendighet og livsmestring var sentrale aspekter som ble fremmet. I 1999 ble brukermedvirkning en lovfestet rettighet (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), og brukermedvirkning skulle bli det «bærende prinsippet i organiseringen av det psykiske helsevesenet» (Stoltenberg et al., 2009). I dag er bred ideologisk enighet i feltet om at brukerperspektivet og brukerorientert praksis er sentralt for å

sikre at brukernes behov møtes (Klausen, 2016). Men hva innebærer brukermedvirkning, og hvordan defineres det?

Brukermedvirkning har vært et fokus i helsevesenet i økende grad de siste 50 år (Andreassen, 2013). Det brukes derimot ulike definisjoner av begrepet og hva det innebærer (Klausen, 2016; Ness et al., 2017). Generelt beskrives brukermedvirkning som et prinsipp der «brukere skal ha innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet» (Grytten, 2013, s. 5). Ulike modeller brukes for å beskrive brukermedvirkning (Arnstein, 1969; Hansen, 2007), men felles for disse er at reell brukermedvirkning krever en omfordeling av makt mellom brukere og fagfolk.

I *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014, s. 17–19), står det at brukermedvirkning skal gi bedre tjenester. Det står også at det kan fungere som et terapeutisk mål i seg selv. Brukere kan oppleve innflytelse, kontroll og makt i eget liv gjennom å bli tatt høyde for i beslutninger som vedrører livet deres. Helsedirektoratet (2017) definerer brukermedvirkning som en lovfestet rettighet, der brukererfaring og fagkunnskap må vektas likt for å få til et godt samarbeid i tjenesten. Dette gjelder også i tilfeller der bruker ikke ønsker å medvirke. Da skal tjenesten invitere tilbake til samarbeid ved en senere anledning (Helsedirektoratet, 2014). Metoder som ivaretar brukermedvirkning inkluderer ansettelse av medarbeidere med brukererfaring, tydelig kommunikasjon mellom bruker og koordinator i form av nettverksmøter, samt brukerorganisasjoner og brukerråd som styrker brukermedvirkning og sosiale nettverk (Helsedirektoratet, 2014, s. 21–22).

Forskning på brukermedvirkning indikerer derimot et språk mellom nasjonale krav for brukermedvirkning, og den reelle brukermedvirkningen som blir observert. Studiene som ligger til grunn for de politiske føringene for brukermedvirkning viser ikke til at tjenestene får en kvalitetsøkning som følge av brukermedvirkning (Grytten, 2013). Mer forskning som måler effekten av dette etterlyses, og at brukere må involveres mer systematisk i dette arbeidet (Bakke, 2009). En studie fra 2014 (Kogstad et al., 2014) analyserte 715 brukerfortellinger, der konklusjonen ble at brukerstemmen ikke blir hørt eller inkludert i tilstrekkelig grad i forskning eller praksis. Dette går utover tjenestenes mulighet til å forbedres fra et brukerperspektiv. Grytten (2013, s. V) nevnte følgende forhold som kunne skape hindringer for brukermedvirkning: «manglende forankring og systemer for implementering i

organisasjonen, manglende interesse fra ledelsen på høyere nivå, motstand og negative holdninger for brukermedvirkning i personalgruppen». Å forankre brukermedvirkning i alle ledd av organisasjonen, samt bygge en «kultur» for dette i personalgruppen, ble påpekt som avgjørende, men tidkrevende (Grytten, 2013, s. 55). Solbjør og Steinsbekk (2011) sin intervjustudie med helsepersonell fra sykehusavdelinger indikerer at brukermedvirkning ofte initieres og begrenses av helsepersonell, samt at brukere ikke blir involvert i faglige spørsmål. Det trengs systemer for oppfølging for at brukermedvirkning skal fungere i praksis. I sin masteroppgave intervjuet Andersen (2013) syv erfaringskonsulenter om deres rolle. De beskrev rollen som for lite definert, og at den må gjøres mer tydelig.

### 2.1.2 Recovery

Recovery er et eget paradigme i forståelsen av bedringsprosesser, som i økende grad har blitt et sentralt utgangspunkt for utforming av psykisk helsevesen i Norge og den vestlige verden forøvrig (Solli, 2012). Anthony (1993) beskriver *personlig recovery* slik:

«Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, til tross for begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg» (Anthony, 1993 i Karlsson et al., 2013, s.10).

Recovery handler om å leve et godt liv til tross for personlige utfordringer, sykdom og symptomer (Helsedirektoratet, 2014). Det har utgangspunkt i helsebegrepet salutogenese (Antonovsky, 1980) som beskriver helse som en konstant endringsprosess; en tilstand som kontinuerlig beveger seg langs et kontinuum mellom god helse og uhelse. En konsekvens av dette tankesettet, er at fokuset flyttes fra det livshemmende, til det livsfremmende. *CHIME* er akronymet for fem sentrale dimensjoner for personlig recovery; «tilhørighet, håp, identitet, mening og selvbestemmelse» (Leamy et al., 2011; NAPHA, 2010).

I norsk kontekst forstås begrepet recovery som bedringsprosesser (Klausen, 2016; Solli, 2009). I *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014), inkluderes og beskrives recovery som et faglig perspektiv som skal rettlede hvordan tjenester i psykisk helse- og rusarbeid

utformes. Dette innebærer et samarbeid mellom bruker og tjenesteutøver. Bruker må derfor anerkjennes som ekspert på seg selv, og dette må formidles og respekteres av tjenesteutøver. For å kunne implementere dette perspektivet i praksis, refererer Helsedirektoratet (2014) til følgende aktuelle strategier slik de beskrives i implementeringsprosjekter fra andre land: å tilby recovery-utdanning til bruker, fagpersoner og pårørende, styrket samvær- og språkkultur i tjenestene, ansatte med brukererfaring, brukerkunnskap integreres med fagkunnskap, evaluering og kartlegging av recovery-mål; trivsel, husly, arbeid, trening, symptomkontroll, samt reduksjon av medisiner med bivirkninger.

Selv om recoveryperspektivet er sentralt i dagens psykisk helse- og rusarbeid, finnes det en del både brukere og fagpersoner som har kritisert det. Ett eksempel er brukergruppen *Recovery in the bin* (2017), som mener at recoveryperspektivet begynte med gode verdigrunnlag, men har mistet noe av dette i overgang fra teori til praksis. De mener selv at recovery i dag tar vekk fokus fra samfunnsmessige og politiske forhold som kan hindre god helse (Recovery in the bin, 2017). En studie (Stuart et al., 2017) sammenlignet 15 fagfellevurderte artikler om brukererfaring med recovery i lys av akronymet *CHIME* for å se om disse aspektene var representert i datamaterialet. Selv om de fleste brukerhistoriene var i tråd med *CHIME*, fant de at de fem aspektene ikke var representert i over 30% av datagrunnlaget. Fire nye aspekter ble i tillegg beskrevet i data; utfordringer, terapeutisk «input» (utfordringer og fordeler knyttet til dette), aksept og ønske om å komme tilbake til normalitet. Konklusjonen var at et for optimistisk syn på recovery kan virke mot sin hensikt, og i praksis være mer umyndiggjørende enn til hjelp for brukeren (Stuart et al., 2017). På *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid* (NAPHA, 2010) sine nettsider, oppsummeres noe av kritikken fra enkelte fagpersoner; at recovery er «keiserens nye klær», altså et mote-ord som ikke utfordres, og at ansvar for bedring kan bli overlatt til dem som i utgangspunktet trenger hjelp til det. Arbeid med implementering av recoveryperspektivet går sakte, fordi det utfordrer eksisterende samfunnsstrukturer og behandlingsforløp. Dette er ikke en kritikk mot recovery i seg selv, men at det kan være utfordrende å realisere recovery i et system som «jobber mot» perspektivet (NAPHA, 2010).

## 2.2 Organisasjonsteori

Begrepet organisasjon beskriver et bevisst konstruert sosialt konsept der målet er effektiv koordinering av flere mennesker slik at de sammen kan realisere et bestemt mål (Askeland, 2013; Jacobsen & Thorsvik, 2019). For å forklare ulike prosesser og adferd i denne studiens organisasjoner - musikktilbudet og kommunen - vil jeg benytte en forklaringsmodell fra Jacobsen og Thorsviks bok *Hvordan organisasjoner fungerer* (2019):

### *Formelle elementer*

Dette er systemer, strukturer, uttalte og skrevne mål som gir retningslinjer og begrensninger på arbeidet i organisasjonen. *Mål og strategi* fungerer som forventninger om henholdsvis hva man jobber mot, og hvordan man når det målet. Disse kan ha ulik grad av ambisjonsnivå og klarhet i innhold. *Formell organisasjonsstruktur* består av jobbeskrivelser, regler, rutiner, prosedyrer og andre formelle detaljer. Formelle elementer utgjør et skjelett for andre elementer i organisasjonen.

### *Uformelle elementer*

Disse elementene handler om normer og andre uskrevne forhold som er del av organisasjonen. Slike elementer kan påvirke de formelle elementenes effekt på ansatte. *Organisasjonskultur* er en uskreven anmodning til hvordan man bør opptre, for eksempel gjennom utsagn som «slik gjør vi det ikke hos oss!» (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 21). *Maktforhold* er en del av alle organisasjoner, der beslutningsmakt er fordelt ulikt mellom individer. Dette er forøvrig en vanlig kilde til konflikt i organisasjoner.

### *Ledelse*

Sentralt i alle organisasjoner er ledere som utøver ledelse. Ledelsen er en rolle som har innvirkning både på formelle og uformelle elementer ved en organisasjon. Det er en vanlig antakelse at ledelse er den viktigste faktoren for å begrunne en organisasjons suksess eller fiasko (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 441). Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) gir derimot studier som har sett på effekten lederskifte har på en organisasjon ulike svar. I boken antar de

heller at ledelse er *en* faktor av flere som har betydning i organisasjonen, og minst like viktig er samspillet mellom ulike faktorer.

### *Omgivelser*

Gjennom systemperspektiv, ser man at organisasjoner er *avhengige* av omgivelsene. En organisasjon er for eksempel avhengig av inntekter for å lønne ansatte og investere i drift. Slik avhengighet skaper *usikkerhet* rundt hvorvidt slik støtte vil vare, som gjør at organisasjonen må være observant på sine omgivelser og tilpasse seg endringer. På grunn av avhengigheten til støttespillere, kan også organisasjonen pålegges *ytre press* i form av politiske eller normative forventninger og krav til hvordan en organisasjon skal driftes.

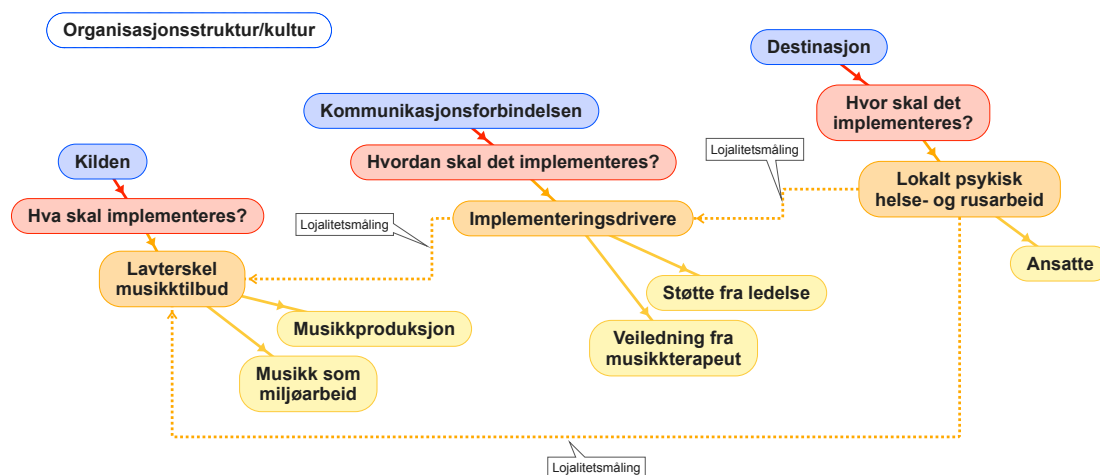
### *Adferd og prosesser*

Dette elementet beskriver krefter som driver organisasjonen på individnivå. *Motivasjon* er en grunnleggende egenskap i organisasjoner. *Kommunikasjon* handler om informasjonsflyt mellom individer i organisasjonen. En annen daglig del av en organisasjon er *beslutningsprosesser*, som gjøres i alle ledd, men i størst grad av ledelsen. *Læring* blir stadig et viktigere element i en organisasjon grunnet endringer i teknologi som gir mer dynamiske omgivelser og sterkere konkurranse. Å være tilpasningsdyktig, innovativ og i stand til å mestre omstilling er deler av dette.

## 2.2.2 Implementering

For å beskrive implementering i denne studien, benyttes et konseptuelt rammeverk for implementering fra Dean Fixsen (2005), en sentral skikkelse innen implementeringsforskning. Nedenfor er min rekonstruksjon av rammeverket, tilpasset den aktuelle konteksten med musikktilbudet i lokalt psykisk helse- og rusarbeid:





Figur 1. *Rammeverk for implementering* (Fixsen, 2005), tilpasset konteksten i studien.

Her brytes komplekse implementeringsprosesser ned til fem essensielle komponenter. Rammeverket og informasjon om de ulike komponentene er hentet fra Fixsen (2005, s. 12–13) og norske oversettelser fra Roland og Westergård (2015, s. 22):

### 1. *Kilden*

Dette er *hva som skal implementeres*, også kalt kjernekomponenter. I denne studien vil dette si musikktilbudets innhold og aktiviteter som beskrevet innledningsvis (pkt. 1.3 *Begrepsavklaring*); musikkproduksjon og musikk som miljøarbeid.

### 2. *Destinasjon*

Destinasjonen er benevnelsen på de som gjennomfører praksisen som skal implementeres, altså forrige komponent (kilden). Ofte er dette ansatte ved en institusjon. I denne studien er dette representert ved ansatte i lokalt psykisk helse- og rusarbeid; erfaringseksperter, miljøterapeut og sosionom.

### 3. *Kommunikasjonsforbindelse*

Dette er aktive drivere for implementering. Dette mellomleddet er essensielt fordi det styrer hvordan kilden (musikktilbudets innhold) skal implementeres. I dette tilfellet er dette først og

fremst prosjektgruppen bestående av avdelingsleder, prosjektleder og erfaringseksperter, samt at en musikkterapeut har bistått med veiledning.

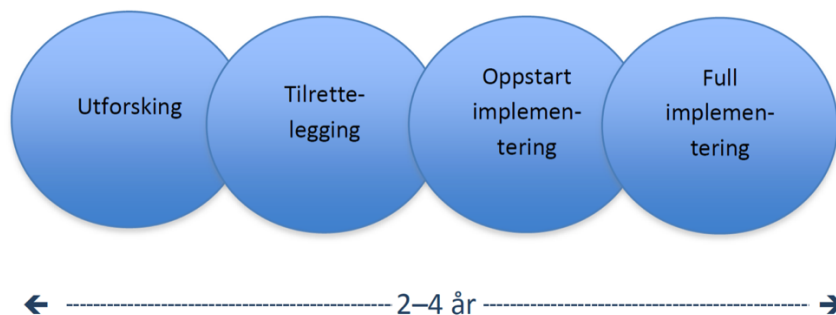
#### 4. *Lojalitetsmåling*

*Lojalitetsmåling* beskriver ulike former for tilbakemeldinger, møter og korrespondens som informerer prosjektet om implementeringens fremgang og kvalitet.

#### 5. *Organisasjonsstruktur/kultur*

Dette er bakteppet som hele implementeringsprosessen er situert i. Politiske, sosiale, økonomiske og kulturelle faktorer som er tilstede i den aktuelle konteksten. For musikktilbudet vil dette si norsk helsevesen, nasjonale krav og forventninger til hvordan skape gode helsetjenester, og den aktuelle kommunen sine økonomiske, kulturelle og politiske forutsetninger.

Implementering beskrives også trinnvis over tid i en annen modell fra Fixsen (2005, s. 15–19). Jeg har tatt utgangspunkt i en norsk variant av denne fra *Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress* (u.å.), fordi den bryter prosessen ned i fire stadier som godt beskriver musikktilbudets implementeringsprosess:



Figur 2. *Implementeringsstadiene* (Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress, u.å.)

### 1. *Utforsking*

Dette stadiet handler om å utforske hvilke behov som finnes i en organisasjon. Forskjellige praksiser eller metoder utforskes, før *en* velges til implementering for å møte behovet.

### 2. *Tilrettelegging*

Før man setter i gang praksis, skal man i dette stadiet legge til rette for implementering ved å skaffe utstyr, finansiering og ansatte med kvalifikasjoner til å gjennomføre praksisen (Fixsen et al., 2005, s. 16).

### 3. *Oppstart implementering*

Det er her selve implementeringen dreies fra teori til praksis. Kvalifisert personale og andre forutsetninger for å gjennomføre praksis er klart. Dette er ofte punktet en implementeringsprosess enten bærer eller brister, basert på lojalitet, hvorvidt praksisformen valgt møter det aktuelle behovet, eller manglende støtte fra ledelse, politikere eller ansatte (Fixsen et al., 2005, s. 16).

### 4. *Full implementering*

Det siste stadiet indikerer at praksisen er integrert i organisasjonen gjennom at den er en del av daglig drift. Praksisen møter behovet. Samtidig er systemer for evaluering og kommunikasjon knyttet til finansiering, ledelse og opplæring på plass, for å holde implementeringen bærekraftig ved endringer i personale, ledelse og faktorer i organisasjonsstruktur/kultur (Fixsen et al., 2005, s. 16–17).

## 2.3 Musikk og helse

*Musikk og helse* som begrep forstås i denne studien som det overordnede diskursfeltet som musikkterapi er en underfasett av. I Trygve Aasgaards bok ved samme navn (2006) beskrives musikk og helse som «er et tverrfaglig anliggende» (s. 11), og at kunnskap om bruk av musikkaktiviteter i en helsesammenheng kan være nyttig i mange profesjoner. Musikk og helse er dermed ikke noe som kan være forbeholdt *en* profesjon. Når det er sagt, fører ikke musikk alltid til god helse. Musikk kan påvirke helse på ulike måter, også i destruktiv forstand (Johansson, 2019; Kielland et al., 2020; Aasgaard, 2006). Dette reflekteres i Creos yrkesetiske retningslinjer for musikkterapeuter:

«Musikk gir mange muligheter, men krever også varsomhet og bevissthet.

Musikkterapeuten skal være bevisst på musikkens egenart og virkning på mennesker, og på risiko for skadelig bruk og praksis. [...] Musikk kan være et kraftfullt medium med muligheter og risiko, og det er viktig at musikkterapeuten er seg etisk bevisst dette» (Creo – forbundet for kunst og kultur, 2017, s. 1–2).

Forskning finner dette destruktive potensialet i bruk av musikk spesielt blant ungdom (McFerran, 2011) og brukere med psykisk helse- og rusproblematikk (Aldridge & Fachner, 2010; Kielland et al., 2020). For personer med rusutfordringer, kan musikk noen ganger «trigge» eller gi økt risiko for rusbruk, samt at personer med psykoselidelser kan oppleve musikk og samspill som overveldende og forverre deres psykiske tilstand (Kielland et al., 2020, s. 12). Musikk er et kraftfullt medium, på godt og vondt, og derfor vil en kritisk bevissthet rundt dette være viktig for alle profesjoner og felt som vil implementere musikkaktiviteter i sin praksis.

Forskning viser også musikkens potensiale til positive virkninger på individ og samfunn (Aasgaard, 2006, s. 12). Disse virkningene kan beskrives gjennom ulike perspektiver. Biomedisinsk forskning beskriver musikkens påvirkning på et nevrofysiologisk eller hormonelt nivå. Et eksempel på dette er at musikk aktiverer store deler av hjernen (Särkämö et al., 2014). Når musikk blir gjort om til impulser i hørselssystemet, aktiveres oppmerksomhet, minne og forventninger, og fysiologiske responser manifesteres i form av endringer i pustefrekvens og hjerteslag (Altenmüller & Schlaug, 2012; Christensen, 2019). Psykologien og samfunnsvitenskap belyser sosiale og subjektive faktorer knyttet til musikk

og helse (Ruud, 2006, s. 24–26). Musikk kan gi mennesker «tilgang til følelser, minner, mestring, sosiale opplevelser og motivasjon» (Johansson, 2019). Musikken kan skape positive opplevelser, være et høydepunkt i hverdagen og styrke selvfølelse (Ruud, 2006, s. 24).

Jeg har nå gitt en oversikt over musikk og helse som overordnet diskursfelt. Videre skal jeg definere musikkterapi slik det forstås innenfor rammene av denne studien.

### 2.3.1 Musikkterapi i Norge

I denne studien er musikkterapi mitt fagfelt, og dermed mitt utgangspunkt for tolkning av musikktilbudets praksis. Det vil derfor være interessant å se på hvordan musikkterapi defineres og avgrenses mot andre aktører innen musikk- og helsefeltet. Musikkterapi er et fagfelt med mange ulike tilnærminger og praksiser. Derfor har det vist seg at å definere og avgrense begrepet lett fører til diskusjoner (Ruud, 2017). Musikkterapidefinisjoner tangerer grensen mellom å være åpne nok til å inkludere ulike former for praksis, og spissede nok til at de avgrenser musikkterapi fra andre musikk og helseaktører.

Even Ruud har kronet en sentral norsk musikkterapidefinisjon: «Musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter» (Ruud, 1979, s. 34). Dette er en kort og åpen definisjon som gir rom for tolkning. Denne definisjonen vektlegger styrking av menneskers aktørskap, også kjent som *agency* (Giddens, 1984; Ruud, 2017). Definisjonen åpner opp for ulike måter å tenke rundt musikkterapi, men definerer i liten grad skillet mellom musikkterapi og andre fagområder; eksempelvis musikkpedagogikk, musikere, helsearbeidere som bruker musikk, *community music* eller musikkmedisin (Ruud, 2017).

En grunn til å definere og avgrense et fagfelt er å kunne beskrive det til utenforstående. En annen grunn er å avgrense sitt fag fra nærliggende fag. Ved å gjøre dette, har faget et utgangspunkt for profesjonsutvikling, stillingsbeskrivelser, valg av pensum, utforming av utdanninger og lignende (Ruud, 2017). Hele den norske musikkterapiens historie har vært preget av samstemthet og lite konflikt, sammenlignet med andre land. Norsk musikkterapi forfekter at ingen har eierskap på musikken (Ruud, 2017). Recoveryperspektiv og samfunnsmusikkterapi bidratt til å «minske avstanden mellom ordinær musikkaktivitet og det som måtte skje i regi av musikkterapien» (Ruud, 2017, s. 2. avsnitt). Norsk musikkterapi omfavner dermed flere tilnærminger, som for eksempel ressursorientert, relasjonelt,

samfunnsmusikkterapi og musikkcentrert musikkterapi (Rolvsvjord, 2010; Ruud, 2020; Stige & Aarø, 2012; Trondalen, 2016). En konsekvens av denne åpenheten er at musikkterapien er mindre avgrenset fra andre fagfelt.

I *Utredning av muligheter for spesialistutdanning i musikkterapi* (Stige et al., 2020), beskrives musikkterapi sin posisjon i norske helsetjenester som uklar og paradoksal. På en side anbefales musikkterapi som behandling av Helsedirektoratet, på en annen side er ikke musikkterapeuter en autorisert profesjon etter *lov om helsepersonell* (Stige et al., 2020, s. 22). Allikevel kreves masterutdanning for å praktisere musikkterapi, ifølge Creos yrkesetiske retningslinjer for musikkterapeuter (2017) og Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer (2013, 2016a, 2016b). Den viktigste grunnen til dette kravet er med tanke på musikkens skadepotensiale (Johansson, 2019), som beskrevet i pkt. 2.3 *Musikk og helse*. En utdannet musikkterapeut har fagkunnskap om at bruk av musikk har et skadepotensiale, og hvordan håndtere eller forhindre dette i samhandling med en bruker.

Ordet musikkterapi brukes ofte av ulike aktører og politikere for å beskrive andre typer helserelatert musikkbruk (Stige et al., 2020). Derfor påpekes det i utredningen at det er et økende behov for å artikulere musikkterapiens unike bidrag i det stadig voksende musikk og helsefeltet. Når kommuner og helseforetak velger å bruke andre profesjonsgrupper og kalle det musikkterapi, vil dette kunne føre til ulemper for brukere, manglende klarhet om kompetanse, samt et variabelt grunnlag for kvalitetssikring, forskning og fagutvikling (Stige et al., 2020, s. 23). Det viser seg stadig at musikkterapeutisk forskning brukes for å legitimere andre musikk og helseaktører sin praksis (Ruud, 2017).

For å definere hva som skiller musikkterapeuter fra andre musikk og helseaktører i norsk sammenheng, vil jeg trekke frem Ruuds kronikk (2017) som beskriver en musikkterapeuts seks samlede kompetanseområder:

### 1. *Musikalsk kompetanse.*

Med forankring i to av landets største utdanningsinstitusjoner for musikk, sikrer man et høyt musikalsk nivå med kunnskap om ulike sjangre og musikalske tilnærminger.

## *2. Metodisk kompetanse.*

Musikkterapeuter har et bredt arsenal av metoder spisset mot ulike klientgrupper. Noen av disse er unike for musikkterapi, som *Guided Imagery and Music* og klinisk improvisasjon (Bonde & Trondalen, 2019; Bruscia, 2014).

## *3. Kunnskap om målgrupper.*

En musikkterapeut vil gjennom mastergradsutdanningen få kunnskap om ulike målgrupper gjennom undervisning og praksis.

## *4. Relasjons- og kommunikasjonskompetanse.*

Å skape en musikkterapeutisk relasjon er sentralt i musikkterapi. Bekreftelse, anerkjennelse, empati og intersubjektivitet er nøkkelbegreper her (Trondalen, 2016). Musikkterapeuten er observant på detaljer i relasjonsbygging; som å ikke havne i en situasjon der man fremhever egne spilleferdigheter på en måte som skaper avstand til brukeren, heller en å være relasjonsbyggende. Musikkterapeuter reflekterer kontinuerlig over denne kompetansen gjennom undervisning og praksis veiledet av erfarne musikkterapeuter.

## *5. Teori og forskning.*

En mastergrad i musikkterapi gir kompetanse til å finne og lese relevant forskningslitteratur, skille mellom ulike typer forskningsmetoder, vitenskapsteori og evidenskriterier. Musikkterapeuter har også kunnskap til teorier fra ulike tilgrensende fag som musikkvitenskap, psykologi og sosiologi.

## *6. Den sjette kompetansen – den profesjonelle musikkterapeuten*

Andre aktører i musikk og helsefeltet kan besitte en eller flere av de nevnte kompetansene. Ruud hevder derimot at det som utgjør det særegne ved en musikkterapeut, er kombinasjonen av alle de fem foregående kompetansene:

«Og vi ser at dette er en krevende rolle som forbinder musikalsk håndverk og metodiske ferdigheter, evne til kommunikasjon og relasjonsdannelse, helsefaglig kunnskap, samt teoretisk kunnskap og refleksjon gjennom å forholde seg til forskning. Det er nettopp denne helheten av kompetanser som utgjør musikkterapeutprofesjonen» (Ruud, 2017).

### *Forskning og effekt*

Musikkterapi er anbefalt i tre av Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for behandling innen psykisk helse- og rusfeltet:

- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013), med høyeste evidensnivå (1a), og gradering (A).
- Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (Helsedirektoratet, 2016b).
- Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (Helsedirektoratet, 2016a).

Grunnlaget for disse anbefalingene er forskning som viser nytte av musikkterapi på disse områdene; «musikkterapi fremmer tilfriskning, reduserer negative symptomer og kan føre til avkobling fra vanskelige tanker og situasjoner» (Johansson, 2019, s. 7). Studier viser god effekt på behandlingsmotivasjon (Kim et al., 2009; Overå, 2013; Ross et al., 2008; Wu et al., 2020) og mot depressive symptomer, angst og negative psykosesymptomer (Gardstrom & Diestelkamp, 2013; Gold, 2007; Gold et al., 2009).

### 2.3.2 Musikkproduksjon

Å bruke *musikkproduksjon* som praktisk-metodisk tilnærming i musikkterapi har gradvis fått større interesse og anerkjennelse i feltet (Crooke, 2018; Kirkland & Nesbitt, 2019; Magee, 2014). Musikkproduksjon som metodikk kan involvere samtlige fire fasetter av musikkopplevelser, som definert av Bruscia (2014, s. 140–143); lytting, komposisjon, utøving/gjengivelse og improvisasjon. Ifølge Crooke (2018), har musikkproduksjon og bruk av musikkteknologi i musikkterapi stort sett vært oppfattet som et supplerende eller støttende element som har vært siktet mot brukere som av ulike årsaker ikke har mulighet til å spille



instrumenter selv. Han argumenterer for at musikkproduksjon og *beat making* er en musikkaktivitet som har en egenverdi i seg selv utover denne supplerende rollen (Crooke, 2018).

Crooke (2018) viser til flere studier som indikerer en skepsis blant musikkterapeuter ovenfor bruk av musikkteknologi. Noen hevder at det er mindre estetisk tiltalende enn akustisk musikk og dermed mindre sensorisk stimulerende, andre mener at teknologien kan føre til overstimulering, samt at noen føler at musikkteknologien kommer i veien for relasjonsbyggingen (Crooke, 2018, s. 2). I en studie som har kartlagt musikkterapeuters bruk av musikkteknologi, hevdet enkelte at digital musikk var en mindreverdige form for musikk, om det kunne kalles musikk i det hele tatt (Hahna et al., 2012, s. 462).

Kirkland og Nesbitt (2019), beskriver fire eksempler på bruk av musikkproduksjon i musikkterapeutisk praksis ved et offentlig tilbud for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse. Musikkproduksjon – eller *therapeutic recording* – beskrives som et noe oversett, men kraftfullt virkemiddel med stort potensial for å styrke klienters aktørskap og personlige utvikling. I artikkelen beskrives ulike måter klienter kan dra nytte av musikkproduksjon på (Kirkland & Nesbitt, 2019). Noen klienter valgte å være i behandling lengre på grunn av at musikkterapi - og særlig muligheten for innspilling - var tilgjengelig ved tilbudet. Mange brukere ble imponerte over utstyrsparken; mikrofon, musikkinstrumenter, studiomonitorer, og lignende. Flere sa at de ikke forventet den utstyrmessige kvaliteten, eller var vant med slik kvalitet i en tjeneste. Artikkelforfatterne vektlegger at et grunnleggende musikkstudio-oppsett ikke behøver å være dyrt i dagens marked (Kirkland & Nesbitt, 2019), og at det fortsatt vil gi et inntrykk av kvalitet.

I studio lærte klienter å ta musikalske og personlige avgjørelser. Musikkterapeuten passet på å inkludere klienten i så mange avgjørelser som mulig i prosessen fra idé til ferdig produkt. På denne måten får klienten større eierskap til produktet og sin rolle i prosessen, samt større aktørskap i sitt eget musikalske liv. I løpet av terapiforløpet, utviklet klientene kunnskap og ferdigheter knyttet til opptaksutstyr og programvare som de kunne bygge videre på etter endt opphold. Klientene opplevde også mestring ved å skape seg et innspilt produkt som de kunne dele med venner og familie. Prosessen bak denne ferdige innspillingen beskrives som verdifull, men det poengteres også at det ferdige produktet har en undervurdert verdi i seg

selv (Kirkland & Nesbitt, 2019). Låtskriving og tekstskriving ga musikkterapeutene innsikt i indre prosesser i klienten; fra ønsker om bedring og håp, til psykosesymptomer (Kirkland & Nesbitt, 2019).

Artikkelforfatterne beskrev også utfordringer knyttet til musikkproduksjon. Selv om de hadde gode fasiliteter ved sin institusjon, så er ikke dette en selvfølge. Musikkproduksjon er avhengig av tilstrekkelig med plass, godt nok utstyr og at musikkterapeuten har kunnskap og ferdigheter knyttet til innspilling. Dette ble påpekt som potensielle barrierer. Det er også etiske utfordringer knyttet til musikkproduksjon; hvordan får klienten innspillingen, og skal denne publiseres? Johansson (2019, s. 84) peker på etiske, juridiske og økonomiske utfordringer knyttet til publisering av brukers musikk i det offentlige rom. Dette bør man som musikkterapeut ha et bevisst reflektert forhold til. Det kan være sårbart å dele private tanker og følelser i form av tekster i musikken. I noen tilfeller er innholdet tekstene upassende; grove, voldelige, krenkende, vulgære, rasistiske eller sexistiske (Kirkland & Nesbitt, 2019). Å håndtere dette på en god måte krever refleksivitet og varsomhet fra musikkterapeuten.

De fleste som bruker musikkteknologi i musikkterapi er selvlærte (Hahna et al., 2012). Flere forskere anmoder at musikkterapeuter trenger mer kunnskap og ferdigheter knyttet til musikkteknologi og musikkproduksjon i praksis, for å imøtekomme en ny generasjon og fortsette å holde musikkterapi relevant i det 21 århundre (Crooke, 2018, s. 1; Hahna et al., 2012; Kirkland & King, 2021; Kirkland & Nesbitt, 2019).

## 3. METODE

I følgende kapittel gjør jeg rede for de ulike metodiske valgene jeg har tatt for å besvare studiens problemstilling:

*Hvordan beskriver erfaringseksperter, ledere og musikkterapeut prosessen bak implementering av et lavterskel musikktilbud i lokalt psykisk helse- og rusarbeid?*

Videre beskrives studiens vitenskapsteoretiske perspektiv, forskningsmetode, analyseprosedyre, samt avslutningsvis kritikk av egen studie og etiske refleksjoner.

### 3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Denne studien tar utgangspunkt i et *hermeneutisk perspektiv* på kunnskapstilegnelse. Videre vil jeg klargjøre hvorfor jeg har valgt dette perspektivet i studien, hva hermeneutikk er og hvordan det har påvirket forskningen.

#### 3.1.1 Hermeneutikk

Jeg har valgt en *hermeneutisk tilnærming* for å få en dypere forståelse av studiens tematikk. Som forsker med dette perspektivet, har jeg *ikke* som ideal å være fullstendig objektiv; tvert i mot vektlegger jeg egen forforståelse og tidligere erfaringer som en forutsetning for kunnskapstilegnelse (Thornquist, 2003). Som hermeneutiker antar jeg altså at det finnes andre kilder til kunnskap enn det målbare og logiske, slik som *innlevelsesevne* og *empati* (Thurén, 2009, s. 104). Et sentralt element i hermeneutisk fortolkningspraksis er følgende premiss: for å forstå en del må denne delen forstås i sammenheng med helheten (Thagaard, 2018, s. 37). I denne studien har jeg stadig flyttet fokus mellom del og helhet, i en prosess som kalles den *hermeneutiske spiral* (Ruud, 2005; Thomassen, 2006). Gradvis vil denne prosessen gi meg som forsker en dypere innsikt i studiens tema (Ruud, 2005, s. 36).

En hermeneutisk tilnærming påvirker de fleste aspektene ved denne oppgaven; valg av tema og problemstilling, valg av informanter, hvilke spørsmål jeg stiller dem og ikke minst mitt blikk under analyseprosessen. Jeg har derfor latt det som fremstår mest relevant for meg som forsker lede meg under hele forskningsprosessen. På grunn av at min forforståelse preger

studien i stor grad, er det spesielt viktig å redegjøre for den (Malterud, 2017). Dette har jeg gjort innledningsvis (pkt. 1.1 *Bakgrunn*) ved å beskrive min forforståelse, bakgrunn og interesse for tema.

Videre, for å sette vitenskapsperspektivet og problemstillingen i et system, har jeg valgt å anvende et *kvalitativt forskningsdesign* på studien.

## 3.2 Kvalitativ metode

Denne studien er plassert i et *kvalitativt paradigme* i tråd med hermeneutikken. Som forsker antar jeg da at sosiale fenomener alltid er kontekstuelle, og at kunnskap produseres i samspill mellom forsker og de som forskes på (Postholm & Jacobsen, 2018). Disse premissene er kompatible med studiens problemstilling, som omhandler informantenes subjektive erfaringer.

### 3.2.1 Intervju

Jeg har valgt å foreta *kvalitative intervjuer* som datainnsamlingsmetode (Kvale & Brinkmann, 2015). På denne måten får jeg innblikk i implementeringsprosessen til musikktilbudet gjennom de involverte sine *egne beskrivelser*. Jeg benytter to former for kvalitative intervju; individuelle dybdeintervju og fokusgruppe. Disse to variantene har ulike styrker og svakheter som til sammen kan gi datagrunnlaget økt pålitelighet (Postholm & Jacobsen, 2018; Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018).

Fokusgruppeintervjuer benytter gruppedynamikken for å få innsikt i hva en gruppe mener både som helhet og som individer (Jacobsen, 2010). Det er ikke et mål at gruppen skal komme til enighet; det interessante er å få innsikt i hva de ulike individene er enige eller uenige om og hvordan de kommenterer og spiller videre på hverandres utsagn (Jacobsen, 2010; Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018).

### 3.2.2 Utvalg informanter

I denne studien har jeg intervjuet et strategisk utvalg informanter som representerer ulike roller ved musikktilbudet (Malterud, 2017). Jeg har inkludert *ulike informantgruppers*

perspektiver for å belyse problemstillingen fra ulike posisjoner innad (og utenfor) tilbudet og gi mer nyanse til datagrunnlaget (Malterud, 2017). Det endelige informantutvalget ble som følger:

- To erfaringseksperter i fokusgruppe - (E1) og (E2)
- En musikkterapeut som har veiledet prosjektet - (M)
- Prosjektleder for musikktilbudet - (P)
- Avdelingsleder (A)

Bakgrunnen for dette utvalget, er at i litteraturgjennomgangen (pkt. 1.5 *Litteraturgjennomgang*) så jeg at tidligere studier om implementering av musikkterapi har intervjuet ledelse, ansatte i team og musikkterapeuter i ulike kombinasjoner (Due, 2017; Tellez, 2020; Thuen, 2019; Ærø, 2016). I denne studien har jeg derfor intervjuet informanter som representerer alle disse leddene, samt et ledd til; brukerperspektivet.

Før jeg kunne ta et endelig valg om å intervju disse informantgruppene, måtte jeg først og fremst forholde meg til hvorvidt ulike informantgrupper kunne si noe relevant om studiens tematikk. Jeg vurderte og drøftet relevansen av de forskjellige med veileder. Det endelige valget inkluderer *prosjektleder* og *avdelingsleder* som har jobbet direkte med implementeringsarbeidet siden begynnelsen. Disse ble tidlig vurdert som relevante perspektiver å inkludere for utforskning av studiens tematikk. Jeg har også valgt en *musikkterapeut* i nærområdet som har hatt kontakt med musikktilbudet av egen interesse. Musikkterapeuten har veiledet og bistått musikktilbudet i spørsmål om musikkterapi. Jeg vurderte at vedkommende ville tilføre et interessant perspektiv i studien, fordi musikkterapeuten dermed representerer en utenforstående tredjepart som ikke har et formelt samarbeid med musikktilbudet.

Jeg har også inkludert erfaringseksperter som informanter. Deres perspektiver tilfører et daglig, operativt blikk i studien. Jeg ville inkludere deres synspunkter for å tilføre nyanser og mangfold i datagrunnlaget (Malterud, 2017). Erfaringseksperternes utsagn er også et

referansepunkt å sammenligne ledelsens beskrivelser av implementeringsprosessen opp mot, slik prosessen oppleves og reflekteres i den daglige driften på musikktilbudet. Samtidig fyller inklusjonen av denne informantgruppen et gap innen forskning på implementeringsprosesser i musikkterapifeltet. Hittil har studiene om implementering vært preget av intervjuer med ledelse, musikkterapeuter eller annet helsepersonell (Due, 2017; Tellez, 2020; Thuen, 2019; Ærø, 2016). Inklusjonen av brukerstemmen i denne konteksten, synes dermed å gi denne studien en originalitet som kan bidra med et nytt perspektiv i feltet.

Samlet sett vurderer jeg at alle parter har forskjellige og relevante innsikter i implementeringsprosessen. Deres ulike og verdifulle forutsetninger belyser ulike sider av problemstillingen.

### 3.2.3 Intervjuguide

Jeg har utformet fire ulike intervjuguides med en håndfull fellesspørsmål, samt individuelle spørsmål knyttet til hver enkelt informantgruppe sin spisskompetanse og rolle (*vedlegg 2-5*). Alle intervjuguidene har følgende struktur; oppvarmingsspørsmål, refleksjonsspørsmål og avrundingspørsmål (Tjora, 2017). I praksis har intervjuguiden fungert mest som et grovt referansepunkt for å beholde en viss struktur på intervjuene (Malterud, 2017).

Jeg gjennomførte også et pilotintervju med en medstudent, der jeg prøvde ut intervjuguiden for erfaringseksperter (*vedlegg 2*). Erfaringer fra dette prøveintervjuet førte til at jeg justerte en håndfull aspekter ved både min tilnærming til intervjuer-rollen, men også selve intervjuguiden. I denne prosessen, opplevde jeg blant annet at de første spørsmålene jeg hadde ikke var konkrete nok; de krevde for mye refleksjon for tidlig fra informanten. Dette ble justert slik at åpningen på intervjuet lettere fikk i gang samtalen. Jeg opplevde også et par av spørsmålene som for ledende og lukkede, så de ble byttet ut.

### 3.2.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuene har vært *semi-strukturerte* (Thagaard, 2018; Tjora, 2017). Dette har gitt rom for en informantstyrt fleksibilitet der de har kunnet velge å svare mer utdypende på spørsmål der de har mer å dele. Dette har også tillatt meg å stille intuitive oppfølgingsspørsmål på stedet. Denne fleksibiliteten gjør det mulig at samtalen kan ta nye, uventede retninger (Tjora, 2017).

De fleste intervjuene har stort sett gått av seg selv innen jeg begynte å stille refleksjonsspørsmål. Jeg har likevel hatt ansvar for å holde en viss struktur og retning på intervjuet (Tjora, 2017). I tilfeller der jeg vurderte at vi var for langt unna studiens tematikk, har jeg ledet samtalen tilbake mot studiens tema. I noen tilfeller har jeg vært usikker på hva informanten har ment ved et utsagn; for eksempel hvis en informant konstaterte noe mens hen lo (som kan oppfattes ironisk). I disse tilfellene har jeg fulgt opp med spørsmål som: «ja, men du mener det?» eller «kan du utype det litt?».

Jeg startet lydopptaket så tidlig som mulig og avsluttet det senest mulig i intervjusituasjonen, for å få med mest mulig av informantens utsagn. Dette var grunnet et tips jeg fikk av en medstudent om at enkelte informanter hadde begynt å si relevante utsagn både før opptaket var i gang og etter opptaket var avsluttet. Derfor la jeg i hvert intervju lydopptakeren synlig mellom meg og informanten, og sa «da starter jeg opptaket» på det tidligst passende tidspunktet etter at vi hadde avklart at det var greit å sette i gang. Det røde lyset på opptakeren indikerte at samtalen ble tatt opp, og fungerte som en visuell påminnelse selv i avrundingen av intervjuet at opptaket enda ikke var avsluttet. I noen tilfeller sa informanten - etter at jeg hadde takket for deltakelse - at hen ville legge til noe som hen glemte å si. Følgelig ble disse utsagnene med på opptaket og i denne oppgaven.

### 3.3 Tematisk analyse

For å analysere data har jeg valgt å benytte *tematisk analyse*, som definert av Braun og Clarke (2006). Denne analysemetoden er fleksibel, og kan dermed tilpasses mine metodiske valg så langt. Fleksibiliteten ligger i at man avklarer en rekke standpunkter knyttet til *analysetilnærming*, *analysenivå* og *epistemologi*. Dette gjør det mulig å kombinere med min hermeneutiske tilnærming og mitt valg av kvalitativt intervju.

Jeg har valgt å ha en *induktiv* tilnærming, der jeg leter etter *latente* tema med et *konstruktivistisk* epistemologisk utgangspunkt. En *induktiv* tilnærming innebærer at tema først og fremst er knyttet til selve datasettet (Braun & Clarke, 2006; Postholm & Jacobsen, 2018, s. 101). I denne sammenheng er dette informantens utsagn. Jeg har ikke sortert data i forhåndsbestemte kategorier og tema. I stedet har jeg latt tema komme til uttrykk etterhvert som jeg har fordypet meg i datamaterialet. Det er ikke dermed sagt at jeg har analysert helt fritt for teoretisk for forståelse, men jeg har vært åpen for å finne nye tema (Braun & Clarke,

2006). Jeg har lett etter *latente tema*. Dette betyr at jeg har analysert intervjuene på et semantisk nivå, men i tillegg tolket underliggende lag, ideer, konsepter og teorier. Analysen har hele tiden vært et fortolkende arbeid. Jeg har valgt et *konstruktivistisk* epistemologisk standpunkt, der jeg ikke skiller mellom objektet som studeres, og meg som studerer. Det eneste jeg kan si i denne studien, er hvordan *jeg* oppfatter fenomenet (Postholm & Jacobsen, 2018).

### 3.3.1 Seks faser

Fremgangsmåten for en tematisk analyse er delt inn i seks faser (Braun & Clarke, 2006). I følgende avsnitt vil min egen analyseprosess forklares og beskrives i henhold til disse trinnene.

#### 1. Gjør deg kjent med data

Denne fasen begynte i det jeg faktisk gjennomførte intervjuene og begynte å bearbeide det vi snakket om. Under transkribering, har jeg fokusert på to aspekter. Det første har vært å gjengi det originale utsagnets lingvistiske innhold og betydning, for eksempel ved presis bruk av kommaplassering. Det andre har vært å bruke praktiske transkripsjonskonvensjoner for det videre analysearbeidet. Et eksempel på dette er at jeg har skrevet informasjon i klammer der kan være uklart hva eller hvem en informant refererer til, slik: «Da hen [E1] gikk seg en tur». Jeg har brukt ulike farger for teksten på mine egne utsagn og informantenes; henholdsvis en lysere gråtone og sort, slik at teksten som helhet har vært litt mer oversiktlig å jobbe med.

I denne fasen «senket jeg meg ned» i datamaterialet gjennom gjentatte gjennomlesninger og idémyldring, før jeg kodet utsagn (Braun & Clarke, 2006). Jeg eksporterte de de-identifiserte intervjuene som PDF-filer og leste gjennom dem samtidig som jeg lyttet til originalopptakene. I denne prosessen noterte jeg meg tanker og idéer, samt brukte «highlighter»-funksjonen i *forhåndsvisning* (Apple) for å fremheve de mest interessante utsagnene. Ved slutten av dette steget, hadde alle intervjuene blitt gjennomgått, sentrale utsagn var uthevet, og umiddelbare ideer notert. Dette markerte overgangen til neste fase.



## 2. Generere umiddelbare koder

Neste steg var å kode enkelte utsagn (*vedlegg 8*). Dette er første steg i selve analysen. Jeg har lett etter relevante egenskaper ved informantenes utsagn og destillert dem til korte formuleringer som beskriver rådata på en meningsfull måte. I mitt tilfelle lette jeg etter *latente* egenskaper, samt at min induktive tilnærming gjorde at jeg ikke tenkte utfra forhåndsbestemte kategorier og tema. På dette trinnet begynte jeg å bruke tankekart-applikasjonen *SimpleMind*, der jeg plasserte alle kodene utover tankekartet, med tilhørende sitat tilgjengelig ved å klikke på en kode.

## 3. Let etter tema

Da alle intervjuene var kodet ferdig, begynte jeg å sortere disse kodene på ulike måter i *SimpleMind* for å se hvilke tema jeg kunne konstruere utfra dem. Jeg lagret et tankekart med de løse kodene som en mal, og eksperimenterte med å gruppere ulike utsagn i forskjellige tematiske hauger. Den første gangen fikk tankekartet fire hovedtema (*vedlegg 9*), men jeg fortsatte å eksperimentere med en ny versjon som fikk de tre hovedtemaene som organiserer resultatene i den endelige oppgaven (*vedlegg 10*). Selv om kategoriene er de samme, har jeg justert navn underveis. Koder som ikke har hørt hjemme noe sted, har blitt sortert i ulike hauger i periferien av tankekartet. Det var imidlertid viktig å ikke avskrive noen utsagn enda, da disse fortsatt kunne spille en rolle i senere faser. Som forventet var denne fasen et kreativt, utforskende kaos, men etter hvert satt jeg igjen med en slags oversiktskart med ulike tema, som dannet utgangspunktet for neste fase.

## 4. Se over tema

I denne fasen finjusterte jeg de ulike temaene. Enkelte tema ble delt opp, og kodene ble fordelt på andre tema. Andre tema ble slått sammen. Jeg hadde bestandig i bakhodet – i henhold til artikkelen - at de ulike temaene burde ha en form for rød tråd og sammenheng. Samtidig bør temaene ha klare skiller og være tydelige, selvstendige enheter (Braun & Clarke, 2006). På dette stadiet ble det tydelig at Braun og Clarkes seks faser ikke nødvendigvis følges kronologisk, men at man går inn og ut av ulike faser etter som arbeidet utvikler seg. Til slutt hadde jeg et tankekart som hadde fanget de fleste kodene i logiske plasseringer.

## 5. Definer og navngi tema

Det var en kreativ prosess å prøve å finne navn som dekket de ulike tema, og etter litt eksperimentering i SimpleMind var jeg forøyd med resultatet, og følte det reflekterte innholdet i de originale samtalene.

## 6. Rapportert funn

Dette steget var overraskende utfordrende, da det fort ble tydelig for meg at å kondensere 135 sider med intervjutranskripsjoner ned til 20, innebar nøye utvelgelse av de utsagn som skulle presenteres i resultatene. Etter en utforskende prosess med prøving og feiling, var resultatene omsider ferdige. I løpet av prosessen har derimot enkelte utsagn blitt fjernet, da jeg har vurdert som overflødige.

## 3.4 Metodekritikk

I kvalitative studier er selvkritikk særlig viktig, da forskeren utgjør en sentral del av studien. Videre vil jeg avklare noen kritiske aspekter ved studiens metode.

I denne studien har jeg valgt en hermeneutisk tilnærming, som innebærer at min forforståelse i stor grad preger alle ledd i arbeidet med studien (Thagaard, 2018; Thornquist, 2003).

Alternativt kunne jeg brukt en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming, som mange bruker i musikkterapi. Jeg trekker derimot frem Johanssons (2016) spørsmål om hvorvidt det er mulig å sidestille sin egen forforståelse, eller beskrive kjernen av et fenomen uten påvirkning fra forforståelsen. I dette tilfellet virker det mer fruktbart for meg å bruke min innlevelse, forforståelse og kunnskap om studiens tema for å oppnå dypere innsikt og forståelse.

Jeg har hatt en dobbel rolle ovenfor informantene, både som musikkterapeutstudent i praksis og som forsker. Derfor har jeg hatt en stor nærhet til informantene (Tjora, 2017). Som musikkterapeutstudent er jeg interessert i om det kunne vært ansatt en musikkterapeut ved musikktilbudet. Dette er også et spørsmål i intervjuguiden. Derfor kan jeg ha en interesse av å stille argumenter *for* musikkterapi i godt lys, og nedtone motargumenter. Jeg har etterstrebet å balansere denne framstillingen ved å gi god plass til informantenes utsagn, og i intervjuene stille oppfølgingsspørsmål knyttet til ulemper eller utfordringer ved å ansette en

musikkterapeut. Det er likevel mulig at informantene har moderert svarene sine, siden de visste at jeg var musikkterapistudent og at studien var en musikkterapistudie. Jeg kunne ha hentet inn en utenforstående tredjepart til å intervju informantene for å unngå at vår relasjon stod i veien for ærlige svar. Samtidig kan relasjonene mellom meg og informantene ha vært en betryggende faktor (Tjora, 2017).

Ideelt sett er antall deltakere i en fokusgruppe mellom seks til ti deltakere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 179), men av praktiske årsaker ble det i dette tilfellet vanskelig å få satt av et tidspunkt som passet for flere erfaringseksperter. Å gjennomføre fokusgruppeintervju var også et pragmatisk valg, med tanke på å få intervjuet flere informanter på samme tid, selv om det krevde noe mer planlegging i forkant, og at selve intervjuet ble noe lengre (Tjora, 2017).

Rapportering av datamaterialet er også en fortolkende prosess, spesielt med tanke på analysemetodens fleksibilitet. Denne fleksibiliteten gir rom for uetisk framstilling av utsagnene. For å motvirke dette, skal jeg i neste del legge frem forskningsprosessen på en mest mulig transparent måte, gjennom å avklare studiens gyldighet og pålitelighet.

### 3.4.1 Gyldighet og pålitelighet

For å fastslå dette forskningsprosjektets kvalitet, trengs aktuelle vurderingsgrunnlag for dette.

En kvalitativ studie som denne kan ikke ha som mål å fastslå objektive sannheter. I tillegg kan verken nyttegrad eller resultater være målestokk for kvalitet, da disse kan utfordres og endres over tid. Det som i størst grad kan brukes for å bestemme kvaliteten på studien, er hvordan kunnskapen – altså studiens funn - er produsert (Postholm & Jacobsen, 2018, s. 219). Hvordan dette har foregått i denne studien skal nå belyses gjennom begrepene *gyldighet* og *pålitelighet* (Postholm & Jacobsen, 2018).

#### *Gyldighet*

*Gyldighet* handler om hvorvidt mine abstrakte begreper beskriver empirien, og om de er gyldige for lesere av studien. Jeg har etterstrebet såkalte *tykke beskrivelser*; å beskrive forskningsprosessen på en detaljert, tydelig og transparent måte, slik at leser selv kan trekke

egne slutninger om hvorvidt jeg har undersøkt det jeg sier jeg har undersøkt, og hvorvidt mine funn representerer empirien (Postholm & Jacobsen, 2018, s. 229). For å oppnå en slik gjennomsiktighet, har jeg beskrevet hvordan jeg har jobbet med forskningsprosess, datainnsamling, analyseprosess, koding og funn, samt forsøkt innenfor oppgavens rammer å beskrive min forforståelse som ligger til grunn for mine fortolkninger.

### *Pålitelighet*

Denne studien vil i likhet med andre kvalitative undersøkelser være umulig å reprodusere, da min subjektivitet og forforståelse har vært en aktiv og avgjørende del av forskningen. Funnene er et resultat av samspillet mellom meg og de aktuelle informantene. Som Postholm og Jacobsen (2018) påpeker, så har ikke reproduserbarhet noen stor betydning for *pålitelighet* i sammenheng med kvalitative studier. Derimot knyttes pålitelighet til følgende to elementer; «at forskeren reflekterer over sin egen påvirkning, og at forskeren gjør forskningsprosessen synlig slik at andre kan reflektere over den» (Postholm & Jacobsen, 2018, s. 224). I det følgende vil jeg gjøre rede for min *subjektivt opplevde relasjon med informantene, forholdet mellom forskningsspørsmål og forskningsdeltaker*.

### *Relasjon mellom forsker og forskningsdeltaker*

Jeg hadde forskjellige intersubjektive relasjoner til de ulike informantene, da en spredning i alder, kjønn, yrke og ulike erfaringer fra psykisk uhelse var representert blant dem (Trondalen, 2016). Felles for alle var at de hadde en grunnleggende kjennskap til meg og min rolle som student i praksis ved musikktilbudet. *Avdelingsleder* møtte jeg første gang på musikktilbudet gjennom praksis i juni 2021. I etterkant av dette fikk jeg tilbud om å jobbe som sommervikar i en jobb der hen ville være min arbeidsgiver. Jeg takket ja til det. Dette har nok hatt en effekt på vår relasjon i form av den underliggende maktfordelingen i en arbeidsgiver/arbeidstaker-relasjon, men jeg opplevde ikke at det holdt meg tilbake i intervjuet. Jeg følte meg fri til å grave, utfordre og stille vanskelige spørsmål. Dette kan ha sammenheng med min opplevelse av at en arbeidsgiver-arbeidstaker-relasjon i norsk offentlig virksomhet er preget av gode vilkår og rettigheter på begge sider av relasjonen (Arbeidsmiljøloven, 2006), som retter ut maktbalansen i relasjonen til en viss grad.

*Erfaringseksperterne og prosjektleder* ble jeg kjent med utelukkende gjennom praksisperioden. *Prosjektleder* var tilstede på musikktilbudet stort sett hver gang, og jeg forholdt meg til hen som en veileder; ikke musikkterapifaglig, men når det gjaldt kjennskap til medlemmer og erfaringseksperter ved tilbudet. Vi drøftet også fra tid til annen mulighetene for ansettelse av musikkterapeut ved tilbudet på sikt. Inntrykket mitt var at dette var ønskelig, men samtidig at det var uklart om - og eventuelt når - det var i det hele tatt var gjennomførbart. Denne uklarheten gjorde meg nysgjerrig på spørsmål knyttet til å skape og vedlikeholde musikkterapistillinger. *Erfaringseksperterne* kjente meg som *musikkterapistudent i praksis*. Vi hadde ikke en terapeut/klient-relasjon, slik jeg i større grad opplevde med tilbudets medlemmer. Erfaringseksperternes roller var som en blanding av miljøterapeut, lydtekniker og veileder. Slik sett opplevde jeg at vi hadde et lignende ansvarsnivå ved musikktilbudet og en relativt jevnbyrdig relasjon.

#### *Forholdet mellom forskningsspørsmål og deltaker*

Som utdypet i pkt. 3.2.2 *Utvalg informanter* har jeg vurdert alle informantene som relevante i forbindelse med å belyse problemstillingen fra ulike perspektiver. Derimot var det et aspekt jeg måtte reflektere over før, under og etter intervjuene; at de fleste informantene virket tydelig engasjerte i og stolte av musikktilbudet. Jeg måtte ta høyde for at dette engasjementet kunne gjøre at de ønsket å fremheve musikktilbudet i godt lys. I forlengelse av dette, ville det bli vanskelig for oss å snakke om utfordringer, kritiske evalueringer og eventuelle svakheter ved tilbudet. Derfor informerte jeg både skriftlig og muntlig om at alle informantene og musikktilbudet skulle de-identifiseres i den grad som beskrevet i samtykkeerklæringen (*vedlegg 6*). Slik sett ville verken positive eller negative betraktninger ha noen videre effekt på dette konkrete tilbudet i verken positiv eller negativ forstand, så lenge informantene selv ikke ga seg til kjenne.

### 3.5 Forskningsetikk

Prosjektet er godkjent av NSD (*vedlegg 1*). Denne studien inneholder personopplysninger, og faller da under personopplysningsloven. Data har vært lagret på en kryptert harddisk i tråd med *Norges musikkhøgskoles retningslinjer for behandling av persondata* (*vedlegg 7*).

Det var flere praktiske, tekniske og etiske aspekter i forbindelse med planlegging og gjennomføring av intervjuene. Alle informantene ble først kontaktet muntlig for å høre om de var interesserte i å bli med i studien. Jeg informerte da kort om forskningsprosjektets formål og at det var frivillig å delta, samt at det var mulig å trekke seg når som helst i prosessen. Etter at jeg fikk tilbakemelding på at de var interesserte i å delta, fikk de utdelt et fysisk eksemplar av *forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt (vedlegg 6)* med detaljert informasjon om studien og informantenes rettigheter, samt en samtykkeerklæring. Etter denne var signert, avtalte vi tid og sted for intervjuet. Stedet var alltid informantenes egne fysiske lokasjoner knyttet til arbeidssted. Intervjuene ble tatt opp av en *ZOOM H5-opptaker* og lydfilene ble behandlet i tråd med *Norges musikkhøgskoles retningslinjer for behandling av persondata (vedlegg 7)*.

Jeg valgte å foreta fokusgruppeintervjuet med erfaringsekspert av etiske hensyn, fordi de kan betraktes som en noe mer sårbar gruppe. Dette er med tanke på at deres rolle i musikktilbudet har en sammenheng med deres bakgrunn og erfaringer fra psykisk uhelse. Ifølge metodelitteraturen, kan fokusgruppe virke mindre overveldende enn individuelle intervjuer (Tjora, 2017, s. 123).

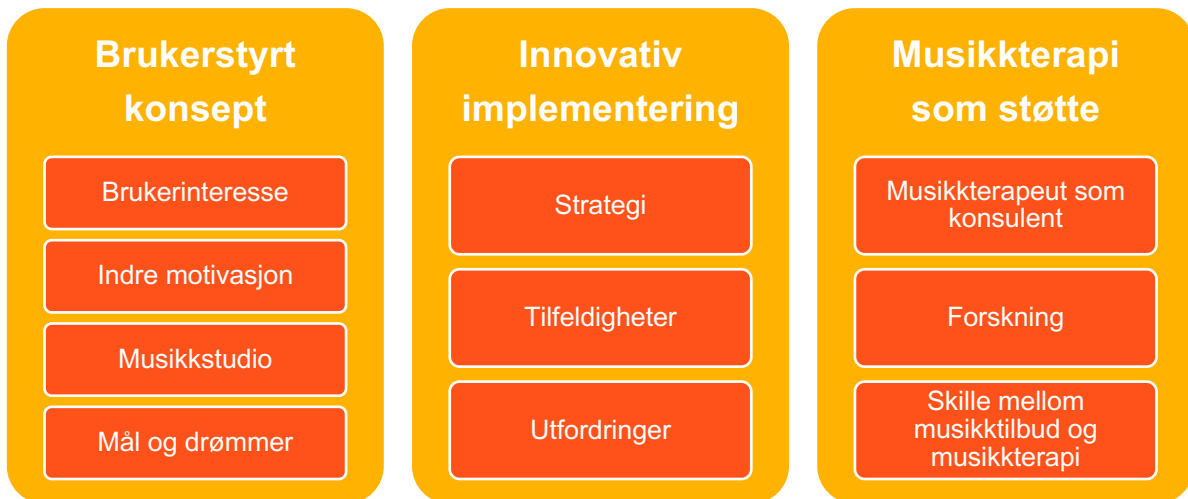
Å utføre et forskningsintervju på en god måte, innebærer et bevisst forhold til samtaleteknikk som også er tett knyttet til etiske forhold. Jeg har forsøkt å balansere de motstridende kreftene som preger enhver kvalitativ intervjusituasjon gjennom å være bevisst min opptreden og hvordan den påvirker intervjuets gang (Jacobsen, 2010, s. 96). På den ene siden er målet å skape en avslappet, hverdagslig atmosfære for samtaleflyt og trygghet, slik at informantene føler seg komfortable med å dele også de vanskelige, men ofte viktige utsagnene. På den andre siden la jeg aldri skjul på at dette nettopp *er* et forskningsintervju, og ikke en vanlig samtale. Jeg har vært tydelig og gjennomsiktig på dette punktet, og opplyste om dette før, under og etter intervjuene, i tråd med god forskningsetikk.

Man kan aldri garantere at informanter ikke blir kjent igjen. Det ble informert muntlig og skriftlig (*vedlegg 6*) om hvilke tiltak jeg skulle gjøre for å de-identifisere intervjuene. I transkriberingsfasen, ble informantene gitt navn som reflekterer roller, jeg nøytraliserte kjønn, og beskrev studiens landsdel som *Østlandet* av personvern hensyn. Til tross for at disse

tiltakene fjerner mye informasjon, er det fortsatt mulig at informantene kan gjenkjennes, eller at de selv gir seg til kjenne.

## 4. RESULTAT

I dette kapittelet presenteres funn fra den tematiske analysen av intervjuene. De belyser følgende problemstilling: *Hvordan beskriver erfaringseksperter, ledere og musikkterapeut prosessen bak implementering av et lavterskel musikktilbud i lokalt psykisk helse- og rusarbeid?* Analysen resulterte i følgende hovedtema og undertema:



Hvert utsagn er valgt utfra min vurdering av relevans til studiens problemstilling. Det har ikke vært et mål at de ulike informantgruppene skal representeres i lik grad, men at de mest relevante sitatene blir trukket frem. For å konsentrere innholdet i utsagnene, har jeg fjernet gjentakelser og overflødig språk med følgende markering: «[...]». Pauser markeres med «...». Alle kjønn benevnes som «hen» av personvern hensyn. I tilfeller hvor det er uklart hvem informantene referer til, har jeg markert det slik: [prosjektleder]. Undertegnedes oppfølgingsspørsmål er markert med «I».

Informantene har følgende benevnelser; E1 og E2 (*erfaringseksperter*), M (*veiledende musikkterapeut*), P (*prosjektleder*) og A (*avdelingsleder*).

### 4.1 Brukerstyrt konsept

Informantene beskriver at musikktilbudet siden begynnelsen har tatt utgangspunkt i brukernes interesser og vektlagt brukernes innflytelse på utforming og drift av prosjektet. Tilbudet baserer seg på brukernes egen indre motivasjon for å dukke opp, for eksempel gjennom å



«klatre stigen» fra bruker til erfaringsekspert. Videre reflekterer informantene rundt muligheter og begrensninger knyttet til tilbudets sentrale aktivitet; bruk av musikkproduksjon med personer innen psykisk helse og rusfeltet. Alle involverte har klare målsetninger og drømmer for hvor musikktilbudet kan være om 5 år.

#### 4.1.1 Brukerinteresse

Musikktilbudet begynte som ett enkelt tiltak for en beboer i en av kommunens psykisk helseboliger. Det ble initiert av en miljøterapeut i boligen som var del av beboerens team. Avdelingsleder forteller at på et tidspunkt tok miljøterapeuten utgangspunkt et grunnleggende recovery-orientert spørsmål i møte med beboeren: *hva har du lyst til å gjøre?*

A: Så begynner jo det – det er jo ofte sånn – i innovasjons- eller nye tiltak, så starter det ofte med enkeltperson [...] Hen [beboer] fikk ikke noen effekt og hen hadde ikke noen interesse av å benytte seg av de tradisjonelle tilbudene som vi hadde i psykisk helse og rus. Så da var det [miljøterapeut] som var i hens team, som fant ut litt utfra sånn recovery perspektiv: «hva er dine interesser?», «hva er ditt håp for fremtiden?», «hva har du lyst til å gjøre?», «hva tror du kan være med på å gi deg en bedre framtid?». Og da var det veldig sånn tydelig at [...] hen [beboer] hadde en veldig interesse for musikk.

Miljøterapeuten i sitatet er i dag prosjektleder for musikktilbudet, og beboeren ble første erfaringsekspert; informant E1. Avdelingsleder understreker at brukermedvirkning har vært viktig siden begynnelsen:

A: Ja, altså vi har hele tiden tenkt at det skal være forankret i brukerinnflytelse, og at det blir mer og mer drevet av deltakere.

I tillegg til å ha brukerinteresse som utgangspunkt, har musikktilbudet hele tiden hatt lik fordeling mellom erfaringseksperter og kommunalt ansatte i prosjektgruppen. Avdelingsleder forteller litt om hvorfor det har vært viktig:

A: Vi var hele tiden likt fordelt mellom de med brukererfaring og vi som var kommunalt ansatt [i prosjektgruppen]. Så de har vært med hele prosessen og utformet

konseptet [musikktilbudet]. Og det tenker jeg også har vært en sånn suksessfaktor med at da blir det ikke et sånn ovenfra og ned-prosjekt. Det er de som skal på en måte daglig kjenne på hva driften skal være, som må si noe om hva [musikktilbudet] skal være.

#### 4.1.2 Indre motivasjon

Prosjektleder beskriver hvordan flere brukere i innen psykisk helse og rusfeltet opplever det som tungt å komme seg ut av leiligheten sin. Musikktilbudet har som mål å være motiverende nok til at brukere klarer å krysse dørstokkmila:

P: Målet med lavterskeltilbudet er jo bare å være en gulrot for å få folk ut. Akkurat som vi startet med helt fra dag én liksom. Den helsehjelpen vi gir er vanskelig å dokumentere, men hvis en som ruser seg 24/7, da, klarer å være rusfri 3 timer på huset her, så er det jo en positiv helsehjelp i seg selv, ikke sant, bare det. Eller hvis vedkommende isolerer seg 24/7, bare få hen ut den ene timen for å [...] komme seg hit med tog eller buss eller.. så er det helsehjelp, eller det er mot starten på noe som er normalt da, i hvert fall.

Erfaringseksperter E2 legger vekt på et annet motivasjonsaspekt som aktivt utvikles og diskuteres i den daglige driften til tilbudet:

E2: [På] morgenmøte, så har vi alltid – starter alltid – med trivsel. [...] Hvis man trives på jobb, så har man lyst til å dra på jobb. Hvis det er noe som ulmer og du har veldig problemer med en eller annen ting... [...] Så kanskje man ikke har så lyst til å dra på jobb, eller har lyst til å komme hit.

Musikktilbudet kan fungere som en stige på flere måter, for eksempel fra å være isolert til å delta i sosiale arenaer:

A: Litt ut i fra den recovery-tankens; at hvis du begynner med noe som gir deg bedring og som du har interesse for, så kan den veien på sikt føre til at du kan generalisere eller overføre det til andre arenaer, da. Og det ser vi jo med disse erfaringseksperterne,

at de deltar jo mer på andre ting etter at de har begynt på [musikktilbudet], og det er også et sånn tilleggsmål.

Det kan fungere som en stige inn i arbeidslivet:

A: Så det tenker jeg absolutt er målet med [musikktilbudet], at det skal være et springbrett over i annet type ordinært arbeid. Kanskje gjerne med forankring i musikk, men ikke nødvendigvis det heller.

E2 beskriver sin reise fra bruker til daglig leder ved det nye lokalet til musikktilbudet:

E2: Etter hvert [...] ble jeg jo mer og mer engasjert i prosjektet, og jeg hadde en gradvis overgang fra å være medlem til å bli erfaringskonsulent, da. [...] Nå jobber jeg jo på [lokale 2] som daglig leder. Så jeg har jo på en måte.. gått gradene, da.

### 4.1.3 Musikkproduksjon

#### *Muligheter*

Et av de aspektene ved musikktilbudet som har vært etterspurt av brukere i størst grad, er musikkproduksjon; låtskriving, innspilling, produksjon og utgivelse av musikk. Dette har dannet en rød tråd i tilbudets utforming; musikkstudio som utviklingsarena. E2 beskriver sitt første besøk og inntrykk av musikkstudioet:

E2: Det første jeg så var det vinduet... så var liksom studio inne i det vinduet. Og da tenkte jeg «Ja, dette er profit!». [...] «Dette er kult». [...] Og så fant jeg fort ut at dette var et sted jeg kunne få hjelp med musikk, da.

E2 trekker frem at det ikke tok lang tid før hen hadde spilt inn og gitt ut sin første ferdige låt:

E2: Det jeg husker veldig godt, da, var at «Min første sang» ble gjort ganske fort, da. Et par uker etterpå, da. [...] Da var jeg stolt av noe, da. Og synes den var kul, og ble lagt ut og...

Å kunne vise til et resultat før det har gått for lang tid, mener E2 er en viktig opplevelse å gi andre brukere av musikktilbudet:

E2: Det er på en måte det man har lyst til å gi til nye medlemmer, eller et nytt medlem [...]. Å lage en sang, og hvis de kommer hjem med en sang, etter et par møter – trenger ikke være verdens beste – men.. Da har man et produkt som gir håp til et medlem, da.

Erfaringskspertene reflekterer rundt de positive aspektene ved å samarbeide med andre brukere, og minnes et spesielt morsomt samarbeidsprosjekt:

E1: Jeg husker du sa at du lo så mye, at du hadde vondt i smilebåndet.

[Alle ler]

E2: Å jobbe sammen med et prosjekt [...] det var så morsomt, da. Og da fikk jeg kjenne på følelsen av å lage noe sammen med andre. Ikke bare mine egne ting. [...] Nei, ja, jeg hadde så vondt i smilebåndet én av gangene, at jeg – på grunn av at vi hadde hatt det så morsomt, da.

Prosjektleder beskriver ulike aspekter som gjør musikkproduksjon til den metodikken som har fungert best i musikktilbudet:

P: Av det jeg har sett hva folk har prøvd på her; med band og andre måter å jobbe på [...], så har jeg mest tro på én til én i et studio, da. Både i forbindelse med relasjonene, og i forbindelse med trygghet, og i forbindelse med progresjon, da. [...] Og det er en av grunnene til at vi er på vei til å bygge vårt fjerde studio da, med det her.

Erfaringskonsulentene reflekterer over musikkstudio som setting for psykisk helsearbeid:

E1: Jeg tenker at det gir en veldig sånn «casual», eller bra setting på en måte, da. At de har noe de skal fokusere på, det handler ikke bare om liksom, psykisk helse. De kan fokusere på at de skal lage musikk, og [...] være rundt andre som liksom skal fokusere på musikk, også da. At det ikke er sånn der; «vi skal prate med hverandre», holdt jeg på å si.

E2: Det tar vekk fokuset på det.. på den terapi-delen... Hvis det hadde vært en psykolog-time, da... Jeg sier ikke at noe er riktig eller noe er galt, men [...] Det kan være en bra tilnærming, at personen fokuserer på noe som de har lyst til å få til.

### *Begrensninger*

Det nevnes også noen potensielle utfordringer ved bruk av musikkproduksjon for brukere innen rus- og psykisk helse-feltet. E2 følte på nerver i begynnelsen:

E2: Nei, jeg var jo nervøs, skal ikke legge skjul på det. [...] Jeg vet at noen medlemmer som kommer hit er veldig nervøse. Og da er det jo å prøve å tilrettelegge.. Sånn at de senker skuldrene litt. Tør å si litt i mikrofonen. Altså det er prosess, alt de greiene der, da. Man lager jo best musikk hvis man er trygg, og føler.

Musikkproduksjon innebærer som regel å bruke en del teknisk utstyr som potensielt kan by på utfordringer. Veiledende musikkterapeut mener derfor at det kan lønne seg å ha en ressursperson på dette området tilgjengelig:

M: Altså, så lenge det er en person i rommet som kan en del, så har jeg veldig troen på det. Men det fordrer at en eller annen kan litt. Fordi det er ikke sånn at musikkteknologi nødvendigvis er liksom intuitivt. Det er mye sånn knapper og begreper, ikke minst, som ikke er i dagligtale. Så det er veldig viktig at noen har kompetanse på hvordan man bruker teknikken; også for å gjøre det effektivt. For det kan være ganske demotiverende når man ikke forstår. Og hvis teknikken også kan.. altså at teknikken heller blir på en måte en hemmende faktor i stedet for fremmende, da.

Erfaringsekspertene trekker også frem at det noen ganger har vært utfordrende å inkludere de sykeste i brukergruppen i denne aktiviteten, og noen ganger har måttet sende hjem brukere.

E2: Det kommer jo mennesker som er syke [...] eller som har utfordringer da, liker jeg å si. Og det kan være en utfordring i seg selv for vi som prøver å tilrettelegge for dem. For hvis de er for syke, så... [...] Det har vært – ikke mange – men det har vært én

eller to episoder der vi må sende dem hjem igjen. [...] Og jeg synes det var en utfordring. [...] Det er jo ikke en stor utfordring, på en måte sånn helhetlig. Men. Ja... Hvis man er for syk, så kan man jo ikke... Hvis man er en fare for andre eller hvis man er en fare for seg selv, eller hvis man [...] ødelegger miljøet her, så er det jo ikke riktig at man skal være her da, for å si det sånn.

#### 4.1.4 Mål og drømmer

Informantene uttrykte flere mål, drømmer og ambisjoner for musikktilbudet. De hadde flere ideer om hvordan musikktilbudet kunne utvikles videre. Erfaringseksperterne tenker at en potensiell ny inntektskilde til musikktilbudet er å leie ut deres studiolokaler på kveldstid til – som de selv sier – «vanlige folk»:

E1: Altså fortsatt ha den delen som vi har nå, men i tillegg også kanskje leie ut studio litt på kveldstid, også. Få inn litt ekstra penger som... [...] [musikkteknolog] er jo bra nok tekniker til å [...] være tekniker i et sånt studio som folk betaler for. [...] Litt sånn som det er med brukere, eller medlemmer, her da. Bare at «vanlige folk», på kveldstid og sånn, da.

Jeg spurte erfaringseksperterne hvor de trodde musikktilbudet kom til å være om fem år:

E1: Litt lettere å spå hva som kunne skje hvert fall, et par måneder fram i tid, eller et år fram i tid, når jeg var med i, det... eller når jeg liksom skrev, kunne skrive søknader selv, eller var med i den delen, da. Men nå er jeg jo ikke... Jeg er jo ikke noe med i den der; la oss kalle det business-delen, liksom, i prosjektet. Det er jo bare nå [prosjektleder] og [avdelingsleder], da. Så, da er det ikke, da har jeg ikke like mye oversikt over hva som kommer til å skje framover, da. Med mindre jeg liksom... Spør [prosjektleder] masse veldig konkrete... liksom, «hva er det vi prøver å få til nå?» på en måte, da.

E2 beskrev også sin involvering i prosjektgruppen og sitt engasjement:

E2: Jeg har ikke noe kunnskap om midler og sånne ting, så jeg har ikke søkt noe, eller noe, men jeg ble jo veldig engasjert i prosjektet.

Samtlige informantgrupper hadde tanker om at musikktilbudet som konsept kunne eksporteres til andre kommuner på sikt, her oppsummert ved avdelingsleder sitt utsagn:

A: Og så har jeg jo et mål om at, når vi om 5 år, så har du «[musikktilbudet] Trondheim», «[musikktilbudet] Bergen».. At det blir en sånn.. Ikke franchise, men underavdelinger da. Når jeg ser hvor mange som benytter seg av det i [kommunen], og det kommer folk fra en relativt stor omkrets, hvorfor skulle ikke det funke andre steder?[...] Vi bruker å si kommunen nå, men verdensherredømme neste.

## 4.2 Innovativ implementering

For å gjøre musikktilbudet økonomisk bærekraftig har prosjektgruppen tenkt innovativt og strategisk rundt implementering av prosjektet i kommunen. Noen av suksessfaktorene for å få til en slik implementering har vært planlagte, andre har vært tilfeldige. Videre reflekterer informantene rundt utfordringer de har støtt på i prosessen, samt hva de i ettertid tenker at kunne vært gjort annerledes.

### 4.2.1 Strategi

For å drive et prosjekt som musikktilbudet, er man avhengig av økonomisk støtte. Ifølge avdelingsleder, så ventet de med å søke midler til etter de hadde fått i gang prosjektet og holdt på en stund uten nevneverdig økonomisk støtte:

A: Jeg tror at når man starter noe nytt, så må man først... man må heller be om tilgivelse enn tillatelse. Og så se, hvis man i ettertid kan vise til effekt, da, så er det lettere å få gjennomslag. Men ikke sant; hvis vi snur det helt, hvis vi hadde startet opp og søkt om eksterne midler, og vi ikke kunne innfridd de målene vi hadde satt oss, så hadde det jo vært kroken på døren. For vi hadde jo ikke noen kommunale midler da.

Når prosjektgruppa først begynte å søke midler, så fokuserte de på å lage en god *pitch* som de skulle legge fram for rådmann, ordfører og kommunale ledere og eksterne støttespillere. Bakgrunnen for *pitchen* er et konsept de kaller *de tre E'ene*; *etterspørsel*, *effekt* og *erfaringseksper*t. Den første *E'*en handler om at de har basert tilbudet på etterspørsel, og ikke

vært redde for å spisse tilbudet til å handle om en konkret sjanger eller rette seg mot en spesifikk målgruppe:

A: Etterspørsel; [...] Jeg tror ikke hvis vi hadde startet med [et generelt musikktilbud], så er det ikke sikkert det hadde vært like stor treff i begynnelsen, så jeg tror det var litt sånn hell i det at vi sjangermessig begynte med musikk som traff mange i den brukergruppa da. [...] Unge folk mellom 18 og kanskje 30 da, hvor på en måte den sjangeren er en del av deres musikkuttrykk i stor grad da. [...] Vi ble jo fullbooket med en gang, egentlig.

Den andre *E*'en, *effekt*, beskrives som en av grunnene til at prosjektet har klart å implementeres i kommunen:

A: Effekt; at vi kan lene oss på at det finnes jo empiri og vi hadde empiri på at det hadde effekt, kunnskapsbasert forskning finnes jo i mengder på at musikk som terapi og behandling er effektivt. [...] Så da hadde vi liksom den pilaren da, og at vi visste at sånn faglig sett at vi var inne på noe som var effektivt, og som ga et godt tilbud.

Den tredje *E*'en, *erfarings ekspert*, handler om brukerstyring og brukererfaring:

A: Erfarings ekspert; [...] fra vårt perspektiv så er *erfarings ekspert* en som har egenerfaring fra enten psykisk uhelse eller rusmisbruk og også erfaring med musikk til egen bedring. [...] Og så ønsket vi veldig tidlig at de som vi så var kommet så langt i prosessen at de har brukt musikk til bedring, også skulle få lønn fra oss for å bruke musikk til å hjelpe andre i tilsvarende situasjon. Det er på en måte konseptet med erfarings ekspert. [...] Vi har vært veldig bevisste på at vi ikke kaller det erfarings konsulent, for det legger et mye større ansvar. Hvis du er erfarings konsulent så er det i større grad at du skal på en måte hjelpe folk i et mye større spekter da med psykiske lidelser eller rusmisbruket.

Til tross for dette, fikk jeg et annet inntrykk av erfarings ekspertene om hvilken benevnelse de brukte. Jeg spurte erfarings ekspertene om de vil benevnes som erfarings konsulent eller - ekspert:



E1: Det er forskjellig... [Avdelingsleder] kaller oss én ting, og.. ja. Det er litt sånn «hypet» opp navn, på en måte da.

E2: Jeg liker å si konsulent, fordi ekspert, det synes jeg høres litt rart ut. Men jeg tror det går litt på hvor mye man har gjort av kurs og sånn, kanskje, da. I forbindelse med erfaringskonsulent; da kreves det... Det krever noe studier, kanskje da. Tipper jeg. Jeg vet ikke, jeg, hva du tenker [E1]. Men..

E1: Altså jeg tipper.. Jeg tror det er mange titler innen [musikktilbudet] som er litt «kreative»; funnet på, liksom da. Men det er jo. Det er greit, det, liksom.

I begynnelsen var musikktilbudet organisert gjennom en kommunal psykisk helse-bolig der lønn til miljøterapeuten også kom fra. Dette bød på utfordringer da midler til prosjektet måtte søkes gjennom boligen, som ble en flaskehals for utviklingen av tilbudet. En av strategiene prosjektet har brukt for å komme rundt dette, er å løsrive prosjektet fra boligen, og organisere det i en egen avdeling i kommunens tjenestoområde for psykisk helse, som kalles *ny kommunal avdeling* i denne teksten:

A: Når du snakker om det organisatoriske og implementering, så har jo suksessfaktoren nå vært at vi faktisk har fra 2022 lagt inn musikktilbudet som ett av flere tidligere kommunale innovasjonsprosjekter, som en del av en ny [kommunal] avdeling som vi kaller [ny kommunal avdeling]. Så da ligger stillingene til [prosjektleder] og [musikkteknolog] for eksempel, de ligger under den avdelingen.

De offentlige midlene som går til denne avdelingen er ikke søkt fra kommunen, men fylkeskommunen:

P: Alle lønningene til de helsefaglige som er ansatt i [ny kommunal avdeling], de er søkt fra fylkeskommunen. Og alle de erfaringskonsulentene som jobber her, de får vi støtte i fra NAV fra. Så allerede nå så går det i pluss, da. Mye i pluss, for kommunen.

### 4.2.2 Tilfeldigheter

Det kom fram i intervjuene at noen suksessfaktorer for utvikling av tilbud og implementering i kommunen var basert på tilfeldigheter, altså ikke en del av strategien. Disse faktorene var *ildsjeler og støtte fra kommunal ledelse*.

#### *Ildsjeler*

Samtlige informanter er personer som har bidratt til prosjektets utvikling på forskjellige måter, og samtlige har gjort en innsats utover det man får betalt for:

P: Jeg har gått ned masse i lønn, fordi jeg mistet alle tilleggene, men... Det er jo så mye som er mye mer givende. Ja.. Gikk ned 70 000, jeg. Kveld og helgetillegg.

I: Så hvis jeg forstår deg rett, så er det på en måte det du gjør i jobben viktigere enn det du får betalt?

P: Helt klart. Ja. Det er mye viktigere. Og antall timer også, ikke minst da. Det har jeg jo ikke regnet på. Alle kveldstelefoner og... ja. Foresatte og.. Nei da.

Den veiledende musikkterapeuten – som selv har bistått prosjektet uten noen form for betaling – trekker frem prosjektgruppen, og spesielt prosjektleder som en avgjørende drivkraft og ildsjel for prosjektets utvikling:

M: Jeg tror det kanskje viktigste viktigste suksessfaktoren, er at de har hatt spesielt én person som har drevet det veldig. Ja, eller la oss si tre, eller fire personer da. [...] Men; altså spesielt da [prosjektleder], som bare har – virkelig – støttet fra første stund, og sett viktigheten, og sett hvor nyttig det har vært for de som har vært med. Og liksom ikke gitt seg, da. Og bare pushet på og gønnen på med søknader, og liksom... Bare vist til alle. Den drivkraften hen har hatt inn i det prosjektet, er bare så beundringsverdig, og avgjørende for at [musikktilbudet] har kommet videre, da. Ikke sant, så er det hen som liksom har vært kjernen – sånn som jeg opplever det, da – sammen med erfaringskonsulenter. [...] Det er liksom den ildsjelen der.. eller de ildsjelene der er bare sånn; det tror jeg er den første suksessfaktoren. Den viktigste suksessfaktoren. Og det er liksom, helt fantastisk, men også litt sånn; tilbake til det med tilfeldighetene, da.

Veiledende musikkterapeut beskriver at hens rolle i prosjektet handlet mest om å gi bekræftelse på at det de gjorde var bra fra et faglig synspunkt:

M: Ja, jeg vil bare si at de... de var liksom veldig selvdrevne [...] Altså jeg behøvde egentlig ikke å veilede så mye. Fordi de brukte sin kompetanse og sin intuitive musikalitet til å gjøre veldig mye som ligner veldig på musikkterapeutisk arbeid, da. [...] Og som bare var drevet av en indre motivasjon, både fra deltakere og personalet, da. [...] Så jeg opplevde at min veiledning var bare på en måte egentlig med å liksom dytte de. [...] De trengte bare bekræftelse.

### *Støtte fra ledelse*

Prosjektleder vektlegger støtte fra kommunal ledelse som essensielt:

P: Spesielt viktig er å... At det er støtte fra oven. Uten støtte fra oven så hadde ikke det prosjektet her overlevd.. eller eksistert. Så i begynnelsen når vi startet med det som tiltak for én person, så var det én sjef som var kjempepositiv, og.. Så kom det en leder som var negativ, og da holdt vi på å legges ned, og så kom [avdelingsleder] som igjen var positiv, som har vært med å videreutvikle prosjektet til det vi er i dag. [...] Nei, hadde det ikke vært for det, så hadde vi ikke hatt mulighet til å være her.

Veiledende musikkterapeut opplever fra sitt ståsted at den kommunale ledelsen strekker seg for å støtte prosjektet:

M: Det synes jeg er veldig kult med [musikktilbudet]; at initiativet kommer fra deltakerne, men så ser de ansatte og ledelsen at dette er verdifullt, og så tar de det på alvor. Og, virkelig på alvor; altså det er ikke bare sånn at de ser liksom og gir en applaus og tenker at... Men de altså investerer masse penger og masse tid og energi på å videreutvikle det og ta initiativet på så høyeste alvor, altså.

### 4.2.3 utfordringer

I arbeidet med implementering i kommunen, har prosjektgruppen opplevd forskjellige utfordringer. En etisk utfordring er knyttet til usikkerhet og risiko rundt det å ikke vite om

prosjektet vil fortsette å motta økonomisk støtte, og hvordan dette vil påvirke alle involverte hvis prosjektet en dag må nedskalere eller ta slutt. Avdelingsleder forklarer:

A: Og det er jo [usikkert], til en viss grad enda. Slik som nå, selv om, [ny kommunal avdeling] har et eget organisasjonsnummer og et kommunalt formål – og et driftsbudsjett – så har vi ikke kommunale midler til de antall stillinger som jeg tenker vi bør ha. Så vi har større etterspørsel enn vi har ressurser, og det er ujevnt hele tiden. Så fortsatt, selv om [ny kommunal avdeling] på papiret er en kommunal avdeling, så må vi fortsatt søke ganske mye eksterne midler for at vi skal kunne opprettholde tilbudet.

Usikkerheten kan ramme brukere som blir forespeilet at tilbudet skal vokse og bli enda bedre, selv om ingen ting er garantert:

A: Det er klart det som er utfordringen når man starter opp sånne ting,[...] det er jo selvfølgelig alltid en høy risiko i forbindelse med at man setter jo i gang noen prosesser, noen håp og noen tanker hos en gruppe som kanskje i utgangspunktet er sårbar. Og så er det ikke alltid man vet om de prosessene man setter i gang kan innfri det man har satt i gang, da.

Det er også en risiko for ansatte som ikke vet om de har stilling neste år:

A: Det har nok vært utfordrende for for eksempel [prosjektleder] og [musikkteknolog] som har hatt sitt arbeidsvirke i [musikktilbudet] i mange år, som egentlig ikke vet om de har den stillingen neste år. [...] Så det har jeg tenkt på, at det har nok gitt en utrygghet, selv om både [prosjektleder] og [musikkteknolog] til en viss grad lever godt med risiko, så er det en utfordring ved å jobbe innovativt og prosjektorientert; det er jo at alle prosjekt og tiltak har jo en slutt. Og man er hele tiden avhengig av å få nye midler tilført for at man skal fortsette.

Erfaringseksperterne reflekterer rundt hva de hadde følt hvis de fikk beskjed om at musikktilbudet skulle legges ned:

E2: Da føler man jo litt at en periode i livet har liksom... Det man har jobbet for har på en måte ikke betydd så mye, kanskje? Men på en annen side; man har jo bidratt på å fått noen sanger ut og hatt det gøy en periode i livet, da, så... Det finnes andre ting å jobbe med også. Men ja. Det hadde vært kjedelig.

E1: Jeg tror det er mange som hadde blitt skuffet, da.

E2: Jeg tror det hadde ødelagt for mange mennesker som er i tilfriskning.

Det er vanskelig å si for avdelingsleder hva slags balanse man skulle hatt mellom forutsigbarhet og å være offensiv og leve med risiko, hvis man skulle starte implementeringsprosessen på nytt:

A: Så det tenker jeg; når man starter i det små, og bygger lag på lag, så burde man kanskje enda tidligere sikret seg midler, så man visste hva man kunne tilby, da [...] Hadde jeg visst det jeg vet nå, så ville jeg kanskje brukt enda mer tid på å få det implementert det i den kommunale organisasjonen. [...] Men igjen; det er ikke sikkert vi hadde kommet dit vi er nå, hvis vi hadde valgt den tilnærmingen da,

### 4.3 Musikkterapi som støtte

Etter at erfaringseksperter og ledelse i musikktilbudet opplevde en positiv effekt av musikkaktiviteter på brukere, begynte de å undersøke hvilke fagmiljø som eksisterte rundt bruk av musikk i psykisk helse og rus. Som beskrevet av avdelingsleder, så fant de fort ut om musikkterapi gjennom å søke på nettet. Der fikk de kontakt med en musikkterapeut i regionen, og de ble etter hvert enige om å avtale møter med prosjektgruppen.

Musikkterapeuten beskriver at involveringen var uforpliktende, altså uten noen form for kontrakt eller avtale, selv om det også var snakk om at prosjektet ønsket å ansette en musikkterapeut på sikt. Etter at musikktilbudet ble klar over musikkterapi, ble de også tydelige på å kommunisere at deres tilbud ikke var *musikkterapi*, men at dette var ønskelig på sikt.

#### 4.3.1 Musikkterapeut som konsulent

Veiledende musikkterapeut ble kontaktet gjennom at prosjektgruppen fant hen på nettet:

M: Og da ble jeg kontaktet egentlig, som en [...] fagperson – musikkterapeut – fordi de hadde «googlet» musikkterapi, og da kom mitt navn opp i forbindelse med [min stilling som musikkterapeut i barnevern i privat helsetjenesteleverandør]. Og så ble jeg egentlig kontaktet for å være en slags konsulent, [...] fordi at de så at... de holdt på med noe som begynte å minne om musikkterapi; dette var deres ord, da.

Musikkterapeuten bistod på ulike måter for å hjelpe musikktilbudet:

M: Altså; om jeg var involvert i noe sånn søknadsskriving, eller om jeg sendte dem en del sånne artikler, eller... Jeg husker ikke helt. Men det var hvert fall sånn at de var veldig opptatt av at det skulle være faglig forsvarlig, og derfor ville de ha, liksom, med musikkterapeut på laget, da.

Musikkterapeuten mener å huske at prosjektgruppen ønsket å ansette en musikkterapeut på sikt:

M: De var veldig ærlige på at de ikke hadde så mye penger, men at de hadde som mål å søke inn penger, da. [...] For å prøve å utvide tilbudet og ansette en musikkterapeut. Det er slik som jeg husker det, i alle fall. Og så var de på en måte interesserte også i at jeg skulle jobbe der, men det hadde ikke jeg akkurat... altså jeg hadde jo 100% jobb, og... Så det ble liksom avtalt at jeg skulle være en slags konsulent i starten, da.

Samarbeidet gikk ut på at musikkterapeuten skulle bistå som en faglig ressursperson og bidra med kunnskap om musikk og helse:

M: Og så tror også det at jeg ga de anerkjennelse for det de gjorde; at de... Jeg så at de gjorde mange ting som var veldig riktig, da. Med tanke på det som vi tenker om at musikk kan bidra med i psykisk helse og rusomsorg. Sånn at; jeg tror at det at de fikk den bekreftelsen – at de ikke var på villspor, da – var egentlig mye det de trengte.

De to partene hadde sporadisk kontakt, men hele tiden uten formell avtale og av egen interesse for musikkterapeuten:

M: Så det var veldig sjeldent vi hadde kontakt. Kanskje et par-tre ganger i året, de første årene. Så det var mer sånn at... Jeg stakk innom innimellom, og... Ja, kom på konserter, og... sånt. Og det var egentlig også med eget initiativ, ikke sant? At jeg syntes at det var et veldig spennende prosjekt, og ville følge det litt opp, da. Av personlig interesse, også! Det var aldri noe sånt at jeg fakturerte noe penger for det. Det ble det aldri til, da.

### 4.3.2 Forskning

Kort tid etter at tilbudet ble satt i gang, begynte prosjektgruppen å undersøke hvordan man kunne videreutvikle musikktilbudet på en faglig måte:

A: Vi begynte raskt å sette oss inn i «hva sier fagmiljøene om bruk av musikk», ikke sant? Da begynner på en måte den ballen å rulle i forhold til musikkterapi, pakkeforløp, man finner masse forskning på at bruk av musikk i et behandlingsøyemed kan være likestilt eller i noen tilfeller et foretrukket behandlingstilbud, spesielt for [...] mennesker med psykoser eller rusutfordringer.

Prosjektgruppen hadde et ønske om å koble den aktiviteten de allerede holdt på med, opp mot eksisterende fagfelt og forskning:

M: De var ekstremt nysgjerrig på musikkterapi, og de opplevde at de hadde holdt på med noe som hadde vært veldig terapeutisk for de involverte deltakerne. Og så hadde de oppdaget musikkterapien etterpå! Sant, at de hadde på en måte opplevd terapien i musikk; og så hadde de sett at «oi, det finnes jo et helt fagfelt som handler om dette!». [...] Og det gjorde at de liksom tok tak i det, og ville liksom gjøre det mer som et formelt, faglig tilbud, da.

Avdelingsleder sier at denne forskningen har bidratt til å gi musikktilbudet en empirisk forankring som har vært en viktig i forbindelse med å implementering av prosjektet:

A: Men nå har jeg pitchet det mer inn som en bedre måte å gi effektfulle og virksomme tjenester på. Og i og med at vi har forskning og empiri i ryggen nå... Vi har i et par år både hatt en musikkterapeut i tjenesteområdet som kan på en måte hjelpe oss

med empirien på musikkterapi, så har vi vært heldige å ha musikkterapeuter i utdanning inne, som også har kunne sett på prosjektet vårt. Vi tenker at det begynner å bli godt faglig forankret. Vi kan på en måte trygt si at det er ikke bare innovasjon, det er på en måte faglig sett en bra måte å gi tjenester på hos enkelte.

### 4.3.3 Skille mellom musikktilbud og musikkterapi

Etter hvert som prosjektgruppen lærte mer om musikkterapi, ble de opptatt av å understreke at musikktilbudet *ikke* var musikkterapi, men at de ønsket en musikkterapeut på sikt:

A: Det er jo det vi drømmer om. [...] Jo mere jeg leste meg opp på musikkterapi, så var jeg ganske tydelig på at når vi startet [musikktilbudet], at vi kan ikke si at vi jobber musikkterapeutisk. For det er et eget fag. Vi var veldig tydelig på at det var «musikkaktivitet». Men at vi ikke jobber terapeutisk, for det har vi ikke verken utdanning eller kompetanse til å si at vi gjør. [...] Så det er helt klart mitt mål, at vi om 5 år har en «pool» med musikkterapeuter som er ansatt hos oss, og som gir musikkterapeutiske tjenester, både stedlig men også ambulant. Og det tror jeg vi får til.

Jeg spurte hva prosjektleder tenkte om å ha en musikkterapeut ved musikktilbudet:

P: Det hadde vært helt greit, det, men det må, man må liksom skille det og være veldig tydelig på det musikk... at nå er det musikkterapi, og nå er det musikktilbud, på en måte, eller lavterskeltilbud med musikk. Fordi man må jo sikkert gå inn i terapien, da, litt forberedt og avklart på forhånd. [...] Derfor tenker jeg det er viktig å liksom – hvis vi skal ha musikkterapi her – så tenker jeg det er viktig å ha det som et tilbud, da. Og ikke rote det sammen med.. ja.

Hen utdypet:

P: Hvis det er utydelige skiller, så går vi fra lavterskeltilbud til behandlingstilbud, på en måte, da. Og de skillene der tror jeg må være veldig tydelige. Både for de som kommer hit og skal ha et lavterskeltilbud, og for de som skal ha det som terapi. Ja. Men det kan være under samme tak, på en måte, men det må være veldig tydelig... Hvis musikkterapeuten hjelper til i nabostudioet, da, mens han er der så er han ikke



musikkterapeut, da er han produsent, ikke sant? Man må være veldig.. Lage et sånn.. Vi må konstruere et troverdig skille der, da.

Musikkterapeuten argumenterer for at det er viktig å støtte prosjekter som bruker musikk for bedring av egen helse, selv om det ikke kan kalles musikkterapi per definisjon:

M: Altså jeg er veldig opptatt av at man ikke skal kalle det musikkterapi, fordi at jeg er opptatt av at profesjonen min skal ha en spesialisering innenfor dette feltet. Men samtidig så er vi veldig nødt til å anerkjenne at alle mennesker har rett til å holde på med musikk for å bedre egen helse. Jeg er egentlig veldig opptatt av [...] at musikkterapeuter ikke kan ha monopol på musikk og helse-faget, ikke sant?[...] Vi er veldig nødt til å anerkjenne at alle mennesker har rett til å holde på med musikk for å bedre egen helse. [...] Så, jeg synes det bare er så viktig å anerkjenne at den jobben de gjorde – og alt det de har gjort – er veldig sånn; det er helsefremmende arbeid med musikk, da. Og det er ikke så farlig om det heter musikkterapi eller ikke, egentlig. Fordi det viktigste er hva de menneskene faktisk får ut av det.

Musikkterapeuter kan altså i ikke ha enerett på å bruke musikk terapeutisk, ifølge musikkterapeuten. Derimot mener hen at det ville vært utfordrende å gjenskape et lignende tilbud andre steder, siden flere av suksessfaktorene er basert på tilfeldigheter:

M: De har jo klart seg så fint også uten [musikkterapeut]. Men det er på grunn av noen fantastiske folk og ildsjeler som har tatt det på alvor, og gjort det til noe virkelig fantastisk og utrolig bra for deltakerne. Men det er de tilfeldighetene da, som jeg tenker er – i et større bilde – problematisk. Akkurat med [musikktilbudet], så har det bare vært... altså... full klaff! Men det er på grunn av tilfeldigheter, og personlige egenskaper hos de som har møttes der, da. Og sånn kan vi ikke bygge samfunnet.

Musikkterapeuten tenker at kompetansen en utdannet musikkterapeut har, vil i større grad sikre kvaliteten på innholdet i et musikktilbud. Da vil det være mindre avhengig av tilfeldige suksessfaktorer:

M: Der kommer liksom styrken til musikkterapeutene inn; at vi er trent opp i å være fleksible i møte... altså i bruken av musikk. Vi kan, altså.. Hvis man møter en miljøterapeut som tilfeldigvis har interesse for hip hop, så er jo det kjempeflott, og kan brukes så mye, og kan få til så mye. Men det er ikke sikkert at den personen kan drive med rock eller pop, eller ikke sant? Da er det tilbake til tilfeldighetene. Ansetter man en musikkterapeut, så vet man at den kan et bredt spekter av metodikk og sjanger og sånt, som kan brukes for de klientene – eller deltakerne – er så; de har så forskjellige interesser.

Ifølge musikkterapeuten, har musikkterapeuter en bevissthet rundt at musikk også kan ha skadelig effekt, noe som er viktig å være bevisst i arbeid med en sårbar gruppe:

M: Så derfor så tenker jeg det er viktig med en musikkterapeut som har også den der kunnskapen om musikkens virkning; både positivt, men også – ikke sant – hvordan musikken kan være destruktiv, eller kan ha en destruktiv effekt på psykisk helse, ikke sant? Fordi det er jo ikke noen tvil om at det kan det også ha. Og der har musikkterapeuter også en spisskompetanse. Som er veldig viktig! Og som ofte... som underkommuniseres fordi vi – ikke sant – vi musikkterapeuter er jo så veldig... mest opptatt av musikken sitt utrolig store potensiale for det positive og det konstruktive og det fantastiske - og egentlig det magiske – men vi glemmer ofte å snakke om at musikk kan også skade. [...] Hvis det kommer inn noen som tenker at de skal redde verden, og så egentlig ikke helt har kompetansen til det, så kan det være ganske... Det kan bli veldig dumt.

## 5. DRØFTING

I dette kapittelet skal jeg drøfte studiens resultater i lys av teori og litteratur. Drøftingen er delt inn i tre overskrifter; *Appellerte til nasjonale krav og forventninger, musikkterapi som empirisk alibi og implikasjoner for musikkterapi*.

### 5.1 Appellerte til nasjonale krav og forventninger

Brukermedvirkning og recoveryperspektiv ble uttalt som sentrale elementer i musikktilbudet av informantene. Tydeligst var avdelingsleder, som presiserte at musikktilbudet har vært forankret i brukermedvirkning fra start. Dette ble formulert på en rekke måter; fra at å ta utgangspunkt i recoveryperspektiv med spørsmålet «hva har du [bruker] lyst til å gjøre?», til ambisjonen om at musikktilbudet skal bli «mer og mer drevet av deltakere». Ifølge avdelingsleder, har de alltid vært likt fordelt i prosjektgruppen mellom ansatte med brukererfaring og kommunalt ansatte. Dette for å sikre at medlemmer og erfaringskonsulenter er de som først og fremst skal si noe om hva musikktilbudet skal være. Disse punktene er i tråd med *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014), der ulike lover (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) ligger til grunn for at tjenesteutøver og ledelse skal sikre at brukeren får et likeverdig, forsvarlig og frivillig tilbud med mulighet til å innvirke (Helsedirektoratet, 2014, s. 16). Det vektlegges at brukererfaring og fagkunnskap vektet likt for å få til brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2017). Det er også i tråd med recoveryperspektivet, som veilederen sier at skal rettlede hvordan tjenester utformes gjennom blant annet samarbeid mellom bruker og tjenesteutøvere (Helsedirektoratet, 2014, s. 31–35).

Erfaringsekspertene bekreftet flere av punktene om brukermedvirkning, men sa også noen ting som ikke samsvarte. For eksempel sa E1 at hen ikke var involvert i «business»-delen lengre, altså med tanke på søknadsskriving i prosjektgruppen. «Det er jo bare nå [prosjektleder] og [avdelingsleder], da», presiserte E1, og fulgte opp med at for å få innblikk i denne prosessen og musikktilbudets framtidsplaner måtte hen aktivt ta initiativ og spørre ledelsen. E2 sa at hen «ikke [har] noe kunnskap om midler og sånne ting, så jeg har ikke søkt noe, eller noe [...]». Disse uttalelsene kan indikere at E1 har blitt mindre involvert i brukermedvirkningsprosesser enn hen var opprinnelig, og at E2 ikke har vært delaktig i søknadsprosesser i hele tatt.

Selv om erfaringseksperterne ikke nødvendigvis presiserte et videre ønske om å ta større del i denne «business-delen» av musikktilbudet, så er det likevel ikke i tråd med Helsedirektoratets veileder (2014). Der står det at brukermedvirkning skal sikres ved at tjenesten aktivt jobber for å involvere brukerstemmen i utforming av tilbudet (Helsedirektoratet, 2014, s. 17–19). Dette innebærer for eksempel at tjenesteutøver skal legge til rette for og aktivt oppmuntre brukere til å medvirke. Selv i tilfeller der bruker ikke ønsker å medvirke, bør tjenesten likevel invitere bruker tilbake inn i prosessen på et senere tidspunkt.

Hvis det stemmer at det er et sprik mellom uttalte mål for brukermedvirkning og den reelle brukermedvirkningen; hva kan det indikere? Det kan på en side indikere at ledelsen har lovet mer brukermedvirkning enn de har tenkt å gjennomføre *fordi* det er et nasjonalt krav og en forventning (Helsedirektoratet, 2014; Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Slike krav bør innfris for å få støttemidler. Dette kan muligens forklares som *ytre press* (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Manglende gjennomføring av brukermedvirkning kan på en side skyldes *uformelle elementer* som manglende interesse fra ledelse (Jacobsen & Thorsvik, 2019) eller negative holdninger fra personalgruppen (Grytten, 2013). Å gjennomføre brukermedvirkning har vist seg å være ressurskrevende og innebærer derfor å aktivt skape en *kultur* for dette i hele organisasjonen (Grytten, 2013; Jacobsen & Thorsvik, 2019). Det er heller ikke første gang man har sett et sprik mellom forespeilet brukermedvirkning og reel brukermedvirkning i forskning (Andersen, 2013; Bakke, 2009; Grytten, 2013; Kogstad et al., 2014; Solbjør & Steinsbekk, 2011).

På en annen side kan spriket skyldes at det er uklart for prosjektgruppen hva brukermedvirkning innebærer, hva som forventes og hvordan man gjennomfører det. Selv om brukermedvirkning i økende grad har vært sentralt for utforming av norsk psykisk helsetjeneste i 50 år, så brukes ulike definisjoner og modeller for å beskrive dette (Arnstein, 1969; Hansen, 2007; Klausen, 2016; Ness et al., 2017). *Formelle elementer* som usikkerhet rundt rollene (Andersen, 2013) og manglende systemer for lojalitetsmåling (Fixsen et al., 2005; Grytten, 2013; Solbjør & Steinsbekk, 2011) kan også være en forklaring. At brukermedvirkning ofte initieres og begrenses av helsepersonell (Solbjør & Steinsbekk, 2011), samt at brukerstemmen ikke inkluderes i tilstrekkelig grad i forskning og praksis (Kogstad et al., 2014) er eksempler fra forskning på at brukermedvirkning ofte implementeres med blandet hell. Basert på dette er det mulig også i musikktilbudets tilfelle at det foreligger

en usikkerhet eller uvisshet rundt hva som kreves for å implementere reell brukervedvirkning.

Det er i dag bred ideologisk enighet i feltet om at brukervedvirkning er sentralt for å møte brukernes behov (Klausen, 2016). Det er også en lovfestet rettighet (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I praksis er det derimot lite forskning som viser en sammenheng mellom brukervedvirkning og kvalitetsøkning i tjenester (Grytten, 2013), selv om en slik sammenheng hevdes i *Sammen om mestring* (Helsedirektoratet, 2014, s. 18). Brukervedvirkning skal ifølge veilederen (Helsedirektoratet, 2014, s. 18) ikke bare føre til en bedre tjeneste, men også fungere som et potensielt terapeutisk mål i seg selv. Dette kan skje gjennom at brukeren opplever å ha faktisk innflytelse, kontroll og makt over eget liv. Brukeren kan oppleve mestring og anerkjennelse ved at hans kompetanse og stemme blir lyttet til, verdsatt og tatt høyde for i beslutninger som vedrører brukeren. Det kan tenkes at terapeutiske aspekter ved opplevd brukervedvirkning er viktigere enn at tjenesten kvalitetsforbedres. Erfaringseksperterne derimot trekker frem tjenestens kvalitet som en viktig motivasjon for oppmøte, og noe de ønsker å forbedre i framtiden. Disse betraktningene kan antyde at brukervedvirkning er på et stadium der det støtter brukeren i større grad i teori enn i praksis grunnet utfordringer knyttet til praktisk gjennomføring og implementering.

Ifølge recoveryperspektivet (Helsedirektoratet, 2014), er det viktig å anerkjenne bruker som ekspert på seg selv, og at dette reflekteres og respekteres i tjenesten. I likhet med brukervedvirkning, må recovery implementeres strategisk hvis det skal bli en del av daglig drift ved tilbudet (Helsedirektoratet, 2014). I intervjuene ble to recoverystrategier nevnt; å ansette personer med brukererfaring, og til en viss grad å integrere brukerkunnskap med fagkunnskap i form av morgenmøter og jevn fordeling mellom kommunalt ansatte og erfaringseksperter i prosjektgruppen. Verken recovery-utdanning eller evaluering og kartlegging av recovery-mål ble nevnt eksplisitt eller beskrevet i noen av intervjuene, selv om dette ikke ekskluderer muligheten for at disse strategiene faktisk har vært brukt.

Prosjektgruppen uttalte ikke en negativ holdning til recoveryperspektivet, selv om dette også finnes blant brukerorganisasjoner og fagfolk (NAPHA, 2010; Recovery in the bin, 2017; Stuart et al., 2017). Men i likhet med brukervedvirkning, er implementering av recovery ressurskrevende da flere eksisterende strukturer i helsevesenet kan «jobbe mot» perspektivet

(NAPHA, 2010). Dette kan også være en forklaring på den tilsynelatende mangelfulle implementeringen av recoveryperspektivet i musikktilbudet.

Funnene indikerer at musikktilbudet, spesielt ledelsen, i implementeringsprosessen har formidlet at tilbudet er utformet i tråd med nasjonale krav og forventninger om brukervedvirkning og recoveryperspektiv, selv om disse momentene kan virke mindre gjennomført i praksis enn forespeilet. Det er uklart om dette er grunnet manglende informasjon om hvordan implementere disse, manglende ressurser, manglende vilje i organisasjonen eller en kombinasjon av disse (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Det er også fullt mulig at disse betraktningene og min tolkning ikke gir et riktig inntrykk av den faktiske graden av brukervedvirkning ved musikktilbudet. Dette er en kvalitativ intervjustudie; en kritisk refleksivitet rundt at min tolkning kan være feil, er derfor viktig å poengtere.

## 5.2 Musikkterapi som empirisk alibi

Basert på informantenes utsagn, kan det tolkes dit hen at musikkterapiforskning uvisst har blitt brukt for å legitimere musikktilbudets praksis utad til økonomiske støttespillere og det lokale psykisk helse- og rusarbeidet forøvrig. Dette til tross for at musikktilbudet formelt sett ikke kan defineres som musikkterapi. Dette ble først og fremst nevnt av avdelingsleder, som sa at musikktilbudet nå kunne «lene seg» på empiri som viser effekt av musikk som terapi og behandling, og som viste at de «var inne på noe som var effektivt, og som ga et godt tilbud». Videre beskrev avdelingsleder at forskningen viste at musikk i et «behandlingsøyemed» kan være likestilt eller foretrukket framfor andre behandlingstilbud, spesielt for mennesker med psykoselidelser eller rusutfordringer. Det ble ikke uttalt nøyaktig hvilke studier hen viste til, men det er mulig at avdelingsleder siktet til de tre nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2013, 2016a, 2016b) som anbefaler musikkterapi. Med tanke på ordvalgene «behandling», «terapi», «effekt» og «psykoser eller rusutfordringer», virker dette mulig. Det nevnes også at en musikkterapeut i tjenesteområdet har hjulpet tilbudet med «empirien på musikkterapi» i noen år.

Til tross for dette, presiserte avdelingsleder at:

A: «[...] jo mere jeg leste meg opp på musikkterapi, så var jeg ganske tydelig på at når vi startet [musikktilbudet], at vi kan ikke si at vi jobber musikkterapeutisk. For det er

et eget fag. Vi var veldig tydelig på at det var *musikkaktivitet*. Men at vi ikke jobber terapeutisk, for det har vi ikke verken utdanning eller kompetanse til å si at vi gjør».

Dette skaper en motsetning med forrige utsagn, fordi musikkterapiforskning ikke kan brukes til å legitimere andre praksiser enn musikkterapi. Dette er grunnet Helsedirektoratet (2013, 2016a, 2016b) og Creo (2017) sine krav om at musikkterapi må utføres av en musikkterapeut med godkjent masterutdanning (Ruud, 2020). Dette igjen har sammenheng med etiske aspekter knyttet til musikkens destruktive potensial (Aldridge & Fachner, 2010; Johansson, 2019; Kielland et al., 2020; McFerran, 2011) som musikkterapeuter er utdannet til å håndtere. Den veiledende musikkterapeuten understrekte også at det kan bli «veldig dumt» hvis man setter i gang noen destruktive prosesser i musikken, uten kompetansen til å håndtere det.

Det er flere mulige forklaringer på motsetningen i avdelingsleders to utsagn. Den ene er at avdelingsleder ikke er klar over denne motsetningen, og tenker at funnene fra musikkterapiforskningen er overførbare til andre praksiser. For å beskrive hvorfor musikkterapiforskning ikke kan legitimere musikk som miljøterapi, trengs litt nyansering; musikkterapi er en av flere underfasetter av musikk og helse som diskursfelt (Aasgaard, 200), og det finnes mye annen forskning om musikkens påvirkning på mennesker som *ikke* er musikkterapiforskning (Christensen, 2019; Särkämö et al., 2014; Aasgaard, 2006), selv om musikkterapi også bygger på flere av disse. Man kan bruke denne musikk og helseforskningen til å beskrive og noen ganger forklare musikkens effekter på mennesker – også i musikktilbudet – men denne forskningen utgjør bare *en* del av musikkterapi. Andre komponenter er metodisk kompetanse, kunnskap om målgrupper, relasjons- og kommunikasjonskompetanse og refleksive forskningsmiljø (Ruud, 2017). Disse samlede bestanddelene utgjør noe mer enn kun musikkens påvirkning på mennesket; de utgjør et fag, en profesjon og ulike praksiser (Ruud, 2020). Det er denne helhetlige kompetansen som anbefales i Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2013, 2016a, 2016b). Derfor blir det problematisk å bruke musikkterapiforskning for å legitimere andre former for musikk og helsepraksis.

Derimot kan det også hende at ledelsen hele tiden har formidlet prosjektet i lys av musikkterapiforskning med tanke på at det på sikt skal være ansatt en musikkterapeut i musikktilbudet. Avdelingsleder har sagt at dette er et mål på sikt. Den veiledende

musikkterapeuten mente å huske at dette var et mål, men var usikker. Hvis det er tilfellet, så er seks år relativt lang tid før man har en musikkterapeut på plass. Hvis man følger implementeringsstegene til Fixsen (2005) i figur 2, burde man egentlig ansatt en musikkterapeut ved *tilretteleggingsstadiet*, før man åpner tilbudet for brukere. Det burde man også gjort av etiske grunner. Det er derimot ikke sikkert dette hadde vært mulig, fordi ledelsen bemerket nettopp *det* at de heller ba om «tilgivelse enn tillatelse» som en suksessfaktor for implementering. De var derfor usikre på om de hadde fått midler til prosjektet hvis de hadde brukt ressurser på å etablere alle rammebetingelser før de åpnet tilbudet. Uansett om ansettelse av musikkterapeut har vært et mål, så kan man ikke søke midler basert på musikkterapiforskning før man har musikkterapeut.

Jeg spurte prosjektleder om hvordan hen tenker det hadde vært å ha en musikkterapeut i musikktilbudet. Prosjektleder virket delvis positiv, men understreket at det da måtte settes klare grenser for hva som var musikkterapi og hva som var lavterskeltilbud. Det kan tenkes at dette var grunnet en tanke om at musikkterapi, og særlig ordet «terapi», betydde behandling, og at det i så fall måtte skilles fra lavterskeldelen av tilbudet. Som beskrevet i teorikapittelet, behøver ikke musikkterapi å være behandling (Kielland et al., 2020; Krüger & Strandbu, 2015). Samfunnsmusikkterapi som teoretisk rammeverk åpner opp for å jobbe utenfor «musikkterapirommet», gjennom økologisk og systemteoretisk tilnærming til musikkterapi (Stige & Aarø, 2012). Psykolog Ragnhild Ese (2013) erfarer at mange assosierer lavterskeltilbud med lav kvalitet. Hun presiserer derimot at disse tilbudene er de eneste tilbudene som er tilgjengelige for brukere som har utfordringer med å møte helsevesenet i tradisjonell behandling. Derfor er det behov for høyt utdannet psykisk helsepersonell også i disse tilbudene. Det er dermed ingen motsetning mellom å ha musikkterapi som del av et lavterskeltilbud, og det er mulig at dette er underkommunisert til prosjektleder.

Musikktilbudet virker som en viktig del av livene til de involverte. Basert på intervjuene med informantene, er musikktilbudet et sted der mange gode musikkopplevelser finner sted. Erfaringsekspertene sa at de hadde det i blant så morsomt at de fikk «vondt i smilebåndet», at musikktilbudet var «kult» og «profitt», at de hadde følt stolthet over musikken de hadde laget, at innspilt musikk er produkter som «gir håp». Dette anerkjenner veiledende musikkterapeut ved å understreke at «jobben de har gjort er helsefremmende arbeid med musikk» til tross for et det formelt sett ikke kan kalles musikkterapi. På en annen side sa erfaringsekspertene at de



følte det var utfordrende å sende hjem medlemmer som er «for syke», eller «en fare for andre eller [...] seg selv», selv om dette ikke skjedde ofte. E2 sa også at noen medlemmer er veldig nervøse når de kommer, og at man må legge til rette for at de skal «senke skuldrene litt».

Ifølge veiledende musikkterapeut har musikktilbudet klart seg fint også uten musikkterapeut, men hen mener dette er prisgitt at de ansatte ved tilbudet tilfeldigvis har en samlet kompetanse som gjør at det fungerer. Veiledende musikkterapeut poengterer at det vil være vanskelig å tenke at et slik tilbud kan gjenskapes et annet sted, da disse personlig egnete ildsjelene framheves som en avgjørende suksessfaktor for implementering. Man kan derimot argumentere for at ved ansettelse av en musikkterapeut, ville man minsket tilfeldighetsfaktorer knyttet til kunnskap om metodikk, sjangere, målgrupper og musikkens destruktive potensial (Ruud, 2017). Jeg har beskrevet tydelig hvorfor man ikke kan bruke musikkterapiforskning for å legitimere dette tilbudet. Det vil være villedende for støttespillere, og uetisk ovenfor brukerne. Det kan dermed argumenteres for ansettelse av en musikkterapeut i dette tilbudet på følgende grunnlag; 1) et lavterskel musikktilbud i denne skalaen bør ha fagpersonell med kunnskap om musikkens destruktive potensiale, 2) *hvis* de har søkt og fått midler basert på musikkterapiforskning, må de ha en musikkterapeut i tilbudet hvis forskningen skal gjelde. Hvis ikke, burde musikktilbudet heller vise til annen forskning.

### 5.3 Implikasjoner for musikkterapi

Et av formålene med denne studien, var å undersøke om erfaringer fra studien kan være nyttige med tanke på fremtidig praksisutvikling og implementering av musikkterapi. Underveis i studien, har jeg derfor forholdt meg til følgende underproblemstilling:

*På hvilke måter kan musikkterapi nyttiggjøre seg denne kunnskapen med fokus på praksisutvikling og implementering av musikkterapi i psykisk helse- og rusfeltet?*

Jeg presenterer det som kan være relevant for *praksisutvikling* først, før jeg viser til det som kan være nyttig kunnskap for fremtidig *implementering* av musikkterapi.

## *Praksisutvikling*

Musikkproduksjon er kjerneaktiviteten i musikktilbudet, og ble et sentralt tema i intervjuene. Avdelingsleder sa at de var heldige som traff sjangermessig ved å utforme musikktilbudet som et musikkstudio, med musikkproduksjon og spissing mot hip hop. De ble «fullbooket» etter kort tid, og hadde nådd mange mennesker mellom 18 og 30 år i kommunen og omegn. Flere studier av musikkproduksjon og -teknologi innen musikkterapi speiler at denne metodikken treffer målgruppen, og sier at det å kunne noe om musikkproduksjon vil være et verdifullt verktøy for musikkterapeuter i møte med nye generasjoner (Crooke, 2018; Hahna et al., 2012; Kirkland & King, 2021; Kirkland & Nesbitt, 2019). Dette er blant annet fordi musikkproduksjon gir muligheten til å jobbe kreativt med et lyduttrykk som er nært den musikken som er populær blant brukerne til vanlig (Kirkland & King, 2021, s. 96).

Erfaringskonsulentene trekker frem at musikkproduksjon og studiolokalet i seg selv er en god arena for relasjonsbygging med andre medlemmer. E1 sa at det var en veldig «casual» setting der musikkaktiviteten var i fokus. E2 fulgte opp med at:

«det tar vekk fokuset på det.. på den terapi-delen... Hvis det hadde vært en psykolog-time, da... Jeg sier ikke at noe er riktig eller noe er galt, men [...] Det kan være en bra tilnærming, at personen fokuserer på noe som de har lyst til å få til».

Kirkland og King (2021) opplevde også at fokuset på å skrive og spille inn musikken gjorde at det ble mulig å snakke om vanskelige tema uten at stemningen nødvendigvis ble tung.

Da jeg spurte erfaringskonsulentene hva deres førsteinntrykk var av musikktilbudet, svarte E1 at hen ble imponert over studiofasilitetene med vindu inn til innspillingsrommet, og tenkte at «dette er profit». Kirkland og Nesbitt (2019) opplevde en lignende respons av brukere som så musikkterapirommet deres for første gang; at brukerne ikke var vant med et slik tilsynelatende profit opplegg. Et interessant aspekt er at en utstyrspark med mikrofoner, hodetelefoner, studiomonitorer og lignende ikke behøver å koste mye i dagens marked (Crooke, 2018; Kielland et al., 2020; Kirkland & Nesbitt, 2019). Følelsen av å ha tilgang til et «profit» tilbud, med de ressursene som finnes der, kan tenkes å gi følelsen av å bli hørt, tatt på alvor (Johansson, 2019, s 83) og en følelse av styrket aktørskap (Giddens, 1984). Å gi brukere

tilgang til slike ressurser - både i form av teknisk utstyr, men også uttryksmulighetene som ligger latent - er i tråd med Even Ruuds musikkterapidefinisjon som sier at «musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter» (Ruud, 1979, s 34).

Det er forøvrig uklart om det er selve *profesjonaliseringen* av tilbudet, eller *musikkstudioet* som fenomen som gir denne følelsen. På en side er det nærliggende å tro at et godt utstyrt bandrom ville gitt et lignende inntrykk som et godt utstyrt musikkstudio. På en annen side argumenterer Kirkland og Nesbit (2019) og Crooke (2018) for at musikkstudio, musikkproduksjon og *beat making* har en sterk sammenheng med mye av musikken denne målgruppen har en interesse for i dag. I tillegg har et musikkstudio muligheter for å spille inn og produsere musikk av bruker, som bruker får med seg hjem. E1 understreker at dette var viktig for hen selv, og at opplevelsen av å få med seg en egen låt hjem er noe hen mener er viktig å gi nye medlemmer. E1 beskriver en låt som «et produkt som gir håp til et medlem». Dette stemmer overens med utsagnet om at prosess er viktig, men at man ikke må glemme resultatet (Kirkland & Nesbitt, 2019, s. 4).

Musikkproduksjon som metodikk har også sine utfordringer (Kirkland & King, 2021; Kirkland & Nesbitt, 2019). Den veiledende musikkterapeuten beskrev at det bør være en person tilstede som kan opptaksutstyret, fordi det fort kan bli tekniske problemer som kan være frustrerende. Et annet eksempel er knyttet til brukere som ønsker å gi ut musikken offentlig, enten på streamingtjenester, YouTube eller lignende. Det kan være sårbart for brukere å dele og publisere musikken sin i det offentlige rom, og det kan by på etiske, juridiske og økonomiske utfordringer som det er lurt å ha reflektert over før man benytter denne metoden (Johansson, 2019, s 84). Man kan også komme i situasjoner der en bruker ønsker å spille inn en grov og upassende tekst, og da må man ta i betraktning om dette skal publiseres eller ikke (Kirkland & Nesbitt, 2019). Disse utfordringene kan føre til destruktiv bruk av musikken, som indikerer at det er mest forsvarlig at en musikkterapeut er tilstede i slike prosesser.

Det synes for meg at informantenes positive erfaringer fra musikkteknologi og musikkproduksjon peker i retning av at dette bør bli inkludert som del av en musikkterapeuts brede spekter av metoder og verktøy. Aktuell musikkterapiforskning på området gir gjenklang til informantenes betraktninger, og det kan synes som at tiden er moden for å implementere

grunnleggende ferdigheter med musikkteknologiske hjelpemidler som del av musikkterapiutdanningene (Crooke, 2018; Hahna et al., 2012; Kirkland & Nesbitt, 2019).

### *Implementering*

Det er to hovedfunn fra intervjuene med informantene som jeg tenker er relevante i arbeidet med implementering av musikkterapi praksis. Det første er det virket som at det var uklart for ledelsen i studien at musikkterapi ikke trenger å være behandlingsfokusert og individuelt. Prosjektleder virket å være opptatt av å skille musikkterapi og lavterskeltilbudet ved en fremtidig ansettelse av musikkterapeut, for å unngå at tilbudet gikk fra lavterskel til behandlingstilbud. Det trenger ikke å være en slik motsetning, da musikkterapi kan tilbys som del av et lavterskeltilbud, uten vedtak (Kielland et al., 2020, s. 30). Krüger og Strandbu (2015) nevner lavterskeltilbud som en viktig arena for musikkterapi. Som nevnt tidligere, så trengs kvalifisert helsepersonell også ved lavterskeltilbud, da dette er et viktig møtepunkt med en sårbar del av befolkningen som har utfordringer med å oppsøke tradisjonell helsehjelp (Ese, 2013). På bakgrunn av denne uklarheten, vil det være relevant å formidle også denne delen av musikkterapi i implementeringsprosesser.

Det andre funnet kan tolkes dit hen at musikkterapiforskning har blitt brukt for å legitimere en praksis som ikke er musikkterapi. Det observeres at dette forekommer stadig, da musikk og helsefeltet har fått mange aktører som ønsker å bruke musikk i helsearbeid (Ruud, 2017; Stige et al., 2020). Ruud (2017) nevner at musikkterapi profesjonen dessverre ikke er autorisert enda i Norge, til tross for at andre land som USA og England har autorisert musikkterapi. Dette kan føre til at økonomiske støttespillere tror de deler ut midler til musikkterapi, men ikke gjør det i realiteten. Dette er synd for brukere som har krav på musikkterapi, og for musikkterapeuter som kunne vært ute i jobb. For hva skal vi musikkterapeuter gjøre med våre seks kompetanser (Ruud, 2017), hvis vi ikke har stillinger der vi kan bruke dem? Dette synes å være argumenter for å prioritere autorisasjon og spesialisering av musikkterapi profesjonen som systematiske implementeringsstrategier.

## 6. OPPSUMMERING

I denne studien har formålet vært å få et innblikk i hvordan et lavterskel musikktilbud på Østlandet er implementert i lokalt psykisk helse- og rusarbeid. For å utforske denne tematikken, har jeg gjennomført en kvalitativ intervjustudie med et strategisk utvalg informanter tilknyttet musikktilbudet. I tillegg ønsket jeg å se om informantenes kunnskap og erfaringer fra denne prosessen kan ha implikasjoner for fremtidig praksisutvikling og implementering av musikkterapi.

Jeg intervjuet to erfaringseksperter i fokusgruppe, prosjektleder, avdelingsleder og en musikkterapeut som har veiledet tilbudet av egen interesse og uten formell avtale, for å høre hvordan de beskriver implementeringsprosessen fra ulike ståsted.

Implementeringsprosessen har handlet om å sikre økonomiske betingelser for å gjennomføre en lavterskelpraksis som møter et behov i det lokale psykisk helse- og rusarbeidet. For å sikre økonomiske betingelser, har prosjektgruppen formidlet at prosjektet er i tråd med nasjonale krav og føringer for blant annet *brukermedvirkning* og *recoveryperspektiv*. Studiens funn indikerer derimot et mulig sprik mellom uttalte mål og faktisk gjennomførelse av disse. Det er uklart hvorvidt dette skyldes manglende informasjon, manglende systemer for lojalitetsmåling, manglende ressurser, manglende kultur for dette i organisasjonen eller ulike kombinasjoner av disse (Fixsen et al., 2005; Jacobsen & Thorsvik, 2019). Studiens funn kan også tolkes dit hen at musikkterapiforskning har blitt brukt uvisst for å legitimere musikktilbudet i formidling til økonomiske støttespillere. Formelt sett defineres ikke musikktilbudet som musikkterapi, men *musikk som miljøarbeid*. Hvis dette er tilfelle, synes denne bruken av musikkterapiforskning å være i strid med faglige og yrkesetiske retningslinjer.

Det overordnede inntrykket mitt er at musikktilbudet er vellykket på flere områder. Musikkterapeuten understreker at de involverte i musikktilbudet holder på med viktig og helsefremmende arbeid med musikk. Dette bekreftes i utsagn fra erfaringseksperter, som opplever at musikkproduksjon er gøy, det gir håp, føles profesjonelt, og at musikken de lager er noe å være stolte av. Ledelsen beskriver at tilbudet har bidratt til mestring og økt deltakelse i andre sosiale arenaer.

Studiens funn antyder to grunnleggende implikasjoner for musikkterapi. Med tanke på praksisutvikling, viser musikktilbudet at bruk av musikkproduksjon har et stort nedslagsfelt med målgruppen unge voksne innen psykisk helse- og rus. Det står frem for meg at grunnleggende kunnskap og ferdigheter med musikkproduksjon burde bli en del av musikkterapeuters brede spekter av metoder. Undervisning i dette burde derfor vurderes som en større del av utdanningsløpene.

Med tanke på fremtidig implementering av musikkterapi, støtter funnene *Utredning for spesialistutdanning av musikkterapi* sine anbefalinger om spesialistutdanning autorisasjon av musikkterapiprofesjonen i Norge (Stige et al., 2020). Det er paradoksalt at musikkterapi anbefales som behandling i nasjonale faglige retningslinjer, men ikke er en autorisert profesjon. Det virker som at denne uklarheten rundt musikkterapi sin rolle i helsevesenet fører til ulemper for brukere, helsetjenestene og musikkterapifaget (Stige et al., 2020). Dette er et argument for å autorisere profesjonen og motvirke at forskningen blir brukt til andre formål (Ruud, 2017; Stige et al., 2020). Det er et økende behov for tydelig formidling av musikkterapiens unike bidrag i musikk og helsefeltet (Stige et al., 2020). Det kommer også frem i studien at man bør understreke at musikkterapi ikke trenger å være behandlingsrettet; musikkterapi er forenlig med lavterskeltilbud, så vel som i behandlingsoyemed.

## 6.1 Veien videre

Et av formålene med denne studien var å se til en annen type musikktilbud sin implementeringsprosess, for å undersøke om erfaringer og kunnskap fra dette kunne nyttiggjøres av musikkterapi. En kritikk jeg vil rette mot studien, er manglende avgrensning. Implementering og praksisutvikling er komplekse fenomen, der ett av disse vil være nok grunnlag for interessant forskning.

Nye musikkterapeuter må være innstilte på å etablere praksis ved steder der de er første musikkterapeut. I den sammenheng ville det vært nyttig med flere studier om suksessfaktorer og utfordringer knyttet slike prosesser. Det hadde også vært interessant å utforsket musikkproduksjon som musikkterapipraksis, eller kartlagt i hvilken grad musikkteknologi og musikkproduksjon er en del av norske musikkterapeuters praksis.

## Litteraturliste

Aldridge, D., & Fachner, J. (2010). *Music therapy and addictions* (1. publ). Kingsley.

Altenmüller, E., & Schlaug, G. (2012). Music, Brain, and Health: Exploring Biological Foundations of Music's Health Effects. I R. MacDonald, G. Kreutz, & L. Mitchell (Red.), *Music, Health, and Wellbeing* (s. 13–24). Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199586974.003.0002>

Andersen, N. B. L. (2013). «Representanter for håpet»: En studie av erfaringskonsulentens rolle og funksjon i det psykiske helsefeltet [Masteroppgave].

Andreassen, T. A. (2013). En sosial bevegelse blant mennesker med psykiske problemer. I R. Norvoll, *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Gyldendal Akademisk.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.

<https://doi.org/10.1037/h0095655>

Antonovsky, A. (1980). *Health, stress, and coping* (1st ed). Jossey-Bass Publishers.

Arbeidsmiljøloven. (2006). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (LOV-2005-06-17-62)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>

Askeland, H. (2013). *Hvordan forstå organisasjoner og ledelse av organisasjoner?* (Nr. 2013/10). Diakonhjemmet Høgskole.

Bakke, T. (2009). Effekten av brukermedvirkning i forbedringsarbeid. I *Helsebiblioteket.no*. <https://www.helsebiblioteket.no/221692.cms>

Bonde, L. O., & Trondalen, G. (2019). Selected music therapy models and interventions. I S. L. Jacobsen, I. N. Pedersen, & T. Wigram (Red.), *A comprehensive guide to music therapy: Theory, clinical practice, research, and training* (Second edition, s. 157–223). Jessica Kingsley Publishers.

Bramness, J. G. (2021). Innledende ord. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling*. Gyldendal.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3rd ed). Barcelona Publishers.

Christensen, E. (2019). Music in body and brain. I S. L. Jacobsen, I. N. Pedersen, L. O. Bonde, & T. Wigram (Red.), *A comprehensive guide to music therapy: Theory, clinical practice, research, and training* (Second edition, s. 51–65). Jessica Kingsley Publishers.

Creo – forbundet for kunst og kultur. (2017). *Creos yrkesetiske retningslinjer for musikkterapeuter*. <https://creokultur.no/wp-content/uploads/2020/09/Vedtatte-yrkesetiske-retningslinjer-2017.pdf>

Crooke, A. H. D. (2018). Music Technology and the Hip Hop Beat Making Tradition: A History and Typology of Equipment for Music Therapy. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 18(2). <https://doi.org/10.15845/voices.v18i2.996>

Due, F. B. (2017). *Implementering av et musikkterapitilbud ved en barneklinnikk: En fokusert etnografisk studie* [Masteroppgave]. Universitetet i Bergen.

Ese, R. (2013). Lavterskel=mindreverdigg? *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)*. <https://napha.no/content/14611/lavterskelmindreverdigg>

Evensen, G. H., & Fleiner, R. L. (2019). Populært med musikkterapi i FACT- team. *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. <https://www.napha.no/content/23075/Populart->



med-musikkterapi-i-FACT-team

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature* [FMHI publication #231]. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.

Gardstrom, S. C., & Diestelkamp, W. S. (2013). Women With Addictions Report Reduced Anxiety After Group Music Therapy: A Quasi-Experimental Study. *Voices: A World Forum for Music Therapy, 13*(2). <https://doi.org/10.15845/voices.v13i2.681>

Giddens, A. (1984). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. Polity Press.

Gold, C. (2007). Music therapy improves symptoms in adults hospitalised with schizophrenia. *Evidence-Based Mental Health, 10*(3), 77–77. <https://doi.org/10.1136/ebmh.10.3.77>

Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*(3), 193–207. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.001>

Grytten, E. A. (2013). *Brukermedvirkning i praksis: Lederes erfaring med brukermidvirkning i psykisk helsevern* [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo.

Hahna, N. D., Hadley, S., Miller, V. H., & Bonaventura, M. (2012). Music technology usage in music therapy: A survey of practice. *The Arts in Psychotherapy, 39*(5), 456–464. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.08.001>

Halås, M. S. (2019). *Musikkterapeuter som profesjonsgruppe i Norge—En kartleggingsundersøkelse av musikkterapeuter som er medlem i Norsk forening for musikkterapi sin utdanning, arbeidsfelt og tilsettingsforhold*. [Masteroppgave]. Universitetet i Bergen.

Hansen, G. V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap: Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Karlstads universitet.

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (IS-1957). Helsedirektoratet.

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/\\_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 28. februar 2014, lest 26. april 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Helsedirektoratet. (2016a). *Nasjonalt faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler* (IS-2211). Helsedirektoratet.

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/\\_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Helsedirektoratet. (2016b). *Nasjonalt faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Helsedirektoratet.

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/\\_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

19d8-47df-b86c-

9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppfølging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20–%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf

Helsedirektoratet. (2017). *Brukerstyring*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)*. Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hodne, I. H. (2008). Musikkterapeutene som profesjonsgruppe i Norge. I G. Trondalen (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi*.

Hustvedt, I. B., Bosnic, H., & Håland, M. E. (2021). *BrukerPlan – Årsrapport 2020: Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helse- problemer i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest.

Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Høyskoleforl.

Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget.

Johansson, K. (2016). Mellom hermeneutikk og fenomenologi: Et essay i vitenskapsteori. I *Musikkterapi* (Bd. 2). <https://www.musikkterapi.no/2-2016/2017/1/19/mellom-hermeneutikk-og-fenomenologi-et-essay-i-vitenskapsteori>

Johansson, K. (2019). *Musikkterapi som del av oppsøkende og forebyggende arbeid med utsatt ungdom og unge voksne*. NMH-publikasjoner.

Karlsson, B., Borg, M., & Stenhammer, A. (2013). Recoveryorienterte praksiser: En systematisk kunnskapssammenstilling. *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 4*. <https://napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>

KBT. (2019). *Om fagskolen*. Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling. <https://kbtkompetanse.no/om-kbt/historikk/>

Kielland, T., Solli, H. P., & Trondalen, G. (Red.). (2020). *Etableringshåndbok for musikkterapi i rus- og psykisk helsetjeneste*. Senter for forskning i musikk og helse (CREMAH). <https://hdl.handle.net/11250/2657988>

Kim, J., Wigram, T., & Gold, C. (2009). Emotional, motivational and interpersonal responsiveness of children with autism in improvisational music therapy. *Autism*, 13(4), 389–409. <https://doi.org/10.1177/1362361309105660>

Kirkland, K., & King, S. (2021). Rap and recovery: A music therapy process-oriented intervention for adults with concurrent disorders. *Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*, 13(1), 70–99.

Kirkland, K., & Nesbitt, S. (2019). The Therapeutic Value of Recording in Music Therapy for Adult Clients in a Concurrent Disorders Inpatient Treatment Facility. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 19(2), 21. <https://doi.org/10.15845/voices.v19i2.2636>

Klausen, R. K. (2016). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid* (Oppsummering nr. 4). Senter for omsorgsforskning.

Kogstad, R., Ekeland, T.-J., & Hummelvoll, J. K. (2014). The Knowledge Concealed in Users' Narratives, Valuing Clients' Experiences as Coherent Knowledge in Their Own Right. *Advances in Psychiatry*, 2014, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2014/786138>

Krüger, V., & Strandbu, A. (2015). *Musikk, ungdom, deltakelse: Musikk i forebyggende arbeid*. Universitetsforl.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Red.). Gyldendal akademisk.

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual

framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Magee, W. (Red.). (2014). *Music technology in therapeutic and health settings*. Jessica Kingsley Publishers.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforl.

McFerran, K. (2011). Music and adolescents. I K. McFerran & N. S. Rickard (Red.), *Lifelong engagement with music: Benefits for mental health and well-being*. Nova Science Publishers Inc.

NAPHA. (2010). Recovery. *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. <https://napha.no/content/13883/recovery>

Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress. (u.å.). *Implementeringsmodell 2012-2017*. NKVTS.no. <https://www.nkvts.no/tf-cbt-implementeringsmodell-2012-2017/>

Ness, O., Edwards, V., & Bengt, K. (2017). *Reell brukervedvirkning eller bare ord? – En forskningsbasert evaluering av bruk av tjenstedesign i brukervedvirkning ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus* (ISBN: 978-82-8290-022-5). Høgskolen i Sørøst-Norge.

Nilstun, C. (2022). Implementere. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/implementere>

Overå, M. (2013). *Hekta på musikk* (Bd. 11). Norges musikkhøgskole. <http://hdl.handle.net/11250/227597>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Postholm, M. B., & Jacobsen, D. I. (2018). *Forskningsmetode for masterstudenter i lærerutdanningen*. Cappelen Damm akademisk.

Recovery in the bin. (2017). RITB – Key Principles. *Recoveryinthebin.org*.  
<https://recoveryinthebin.org/ritbkeyprinciples/>

Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet.  
[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)

Roland, P., & Westergård, E. (Red.). (2015). *Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis*. Universitetsforlaget.

Rolvjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Barcelona Publishers.

Ross, S., Cidambi, I., Dermatis, H., Weinstein, J., Ziedonis, D., Roth, S., & Galanter, M. (2008). Music Therapy: A Novel Motivational Approach for Dually Diagnosed Patients. *Journal of Addictive Diseases*, 27(1), 41–53. [https://doi.org/10.1300/J069v27n01\\_05](https://doi.org/10.1300/J069v27n01_05)

Ruud, E. (1979). Musikkterapi. *Musikk i skolen*, 4, 34–35.

Ruud, E. (2005). Philosophy and Theory of Science. I B. L. Wheeler (Red.), *Music therapy research: Quantitative and qualitative perspectives* (2nd ed). Barcelona Publishers.

Ruud, E. (2006). Musikk gir helse. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse*. Cappelen.

Ruud, E. (2017). *Kronikk: Lik, men unik*. Norsk Forening for Musikkterapi.  
<https://www.musikkterapi.no/nyheter/kronikk-lik-men-unik>

Ruud, E. (2020). Norsk musikkterapi – skisse av en profesjonshistorie og noen tanker om en norsk musikkterapeutisk identitet. *Musikkterapi*, 1, 8–17.

Solbjør, M., & Steinsbekk, A. (2011). [Patient participation in hospital wards—Health personnel's experience]. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening: Tidsskrift for Praktisk*

*Medicin, Ny Række, 131(2)*, 130–131. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0471>

Solli, H. P. (2009). Musikkterapi som integrert del av standard behandling i psykisk helsevern. I E. Ruud (Red.), *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge*. Norges musikkhøgskole.

Solli, H. P. (2012). Med pasienten i førersetet: Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid [PDF]. *MIPO Musikkterapi I Psykiatrien Online, yr. 2012*, pg. 2344; ISSN 2245. <https://doi.org/10.5278/OJS/MIPO/2EDLEEL2>

Stige, B. (2017). POLYFON kunnskapsklynge—Og eit økologisk perspektiv på musikkterapeutisk fag- og profesjonsutvikling. *Norsk Forening For Musikkterapi, 1*, 22–29.

Stige, B., Schmid, W., Solli, H. P., & Trondalen, G. (2020). *Utredning av muligheter for spesialistutdanning i musikkterapi*.

<https://www.musikkterapi.no/nyheter/2020/5/29/utredning-av-muligheter-for-spesialistutdanning-i-musikkterapi>

Stige, B., & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to community music therapy*. Routledge.

Stoltenberg, J., Halvorsen, K., Navarsete, L. S., Pedersen, H., Lysbakken, A., Brekk, L. P., Johansen, R., Solhjell, B. V., & Vedum, T. S. (2009). *Politisk plattform for flertallsregjeringen utgått av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2009—2013*. Statsministerens kontor.

St.prp. nr. 63 (1997-98). (1998). *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>

Stuart, S. R., Tansey, L., & Quayle, E. (2017). What we talk about when we talk about recovery: A systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health, 26(3)*, 291–304. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1222056>

Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Numminen, A., Kurki, M., Johnson, J. K., & Rantanen, P. (2014). Cognitive, emotional, and social benefits of regular musical activities in early dementia: Randomized controlled study. *The Gerontologist*, *54*(4), 634–650.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnt100>

Tellez, P. A. L. (2020). *Implementering av musikkterapeutisk praksis i psykisk helsefeltet. En kvalitativ studie av musikkterapeuters opplevelser og erfaringer*. [Masteroppgave].

Universitetet i Bergen.

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse en innføring i kvalitative metoder*. Fagbokforl.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag*. Fagbokforlaget.

Thuen, B. M. (2019). *Musikkterapiens framtid på DPS En undersøkelse av Direktørenes tanker og meninger om musikkterapitjenestens funksjon, anvendbarhet og effekt*

[Masteroppgave]. Universitetet i Bergen.

Thurén, T. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (D. Gjestland & K. Gjerpe, Overs.). Gyldendal akademisk.

Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal Akademisk.

Trondalen, G. (2016). *Relational music therapy: An intersubjective perspective*.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1788763>

Wu, Q., Chen, T., Wang, Z., Chen, S., Zhang, J., Bao, J., Su, H., Tan, H., Jiang, H., Du, J., & Zhao, M. (2020). Effectiveness of music therapy on improving treatment motivation and emotion in female patients with methamphetamine use disorder: A randomized controlled trial. *Substance Abuse*, *41*(4), 493–500. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1675117>



Ærø, S. C. B. (2016). *Organisering av norsk musikkterapi i pediatri. En kvalitativ intervjuundersøkelse* [Masteroppgave]. Norges Musikkhøgskole.

Aasgaard, T. (Red.). (2006). *Musikk og helse*. Cappelen.

## Vedlegg 1 - Vurdering fra NSD

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## Vurdering

**Referansenummer**

935528

**Prosjekttittel**

Implementering av musikkterapi i rus- og psykisk helsefeltet - Suksessfaktorer for musikkstudio som øvingsarena

**Behandlingsansvarlig institusjon**

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

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

Gro Trondalen, gro.trondalen@nmh.no, tlf: 23367279

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Sigurd Erlend Underhaug Nerموen, senermoen@student.nmh.no, tlf: 90478667

**Prosjektperiode**

20.12.2021 - 16.12.2022

**Vurdering (1)****14.01.2022 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 14.01.2022 med vedlegg.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til ca. 16.12.2022.

**LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke

tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

## PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

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

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

## MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

# Intervjuguide

Masterprosjekt i musikkterapi

**Implementering av musikkterapi i rus- og psykisk helsefeltet**

**Suksessfaktorer for musikkstudio som øvingsarena**

Av Sigurd Nermoen

Norges Musikkhøgskole

2021-2022

## Innholdsfortegnelse

Informantgruppe 1; Erfaringskonsulenter.....	2
--	---

Felles spørsmål for alle tre informantgrupper er markert med «\*», slik:

- Hvor tror du/dere [redacted] er om 5 år?\*

## Informantgruppe 1; Erfaringskonsulenter.

- **Takk!** – Takke respondentene for at de stiller opp
- **Hvorfor?** – Fortelle hva formålet med intervjuet er
- **Anonymitet?** – Fortelle hvordan dataene blir behandlet. Avklare tillatelse til å ta opp intervjuet.
- **Innhold** – Kort gjennomgang av hva intervjuet skal handle om.
- **Tid** – intervjuet vil vare omtrent en time.

Problemstilling/forskningsspørsmål;

- Hvilke organisatoriske og musikkfaglige faktorer har vært utslagsgivende for implementeringen av et frivillig musikktilbud på Østlandet?

Med supplerende spørsmål:

- Hvilke forhold har vært utfordrende?
- Er det behov for en musikkterapeut i dette tilbudet, eventuelt hvorfor?

### Til erfaringskonsulenter:

- Hvordan hørte dere om [redacted]?
- Hvilke forventninger hadde dere til [redacted] da dere startet?
- Hvordan har musikktilbudet på [redacted] utviklet seg fra det startet til i dag?\*
- Hva tenker du/dere om bruken av studio og musikkproduksjon innen rus- og psykisk helse?\*
- Hvordan vil dere beskrive miljøet på [redacted]?
- Hvem av dere har gitt ut musikk dere har laget på [redacted], på streamingtjenester?

- Hvilke forventninger har dere til den utgitte musikken? Hva håper dere å få ut av det?
- Er det noe dere tenker kunne vært gjort annerledes og bedre på [REDACTED] [REDACTED]?
- Hvor tror du/dere [REDACTED] er om 5 år?\*
- Hvis [REDACTED] hadde vært et dyr, hva slags dyr hadde det vært?\*

Avrunding:

- Hvis dere skulle trekke ut tre ting som dere mener er det viktigste vi har snakket om, hva ville det vært?\*
- Er det noe mer dere vil si eller legge til?\*
- Tusen takk for at dere stilte opp!

# Intervjuguide

Masterprosjekt i musikkterapi

**Implementering av musikkterapi i rus- og psykisk helsefeltet**

**Suksessfaktorer for musikkstudio som øvingsarena**

Av Sigurd Nerموen

Norges Musikkhøgskole

2021-2022

## Innholdsfortegnelse

Informantgruppe 2; Prosjektleder .....2

Felles spørsmål for alle tre informantgrupper er markert med «\*», slik:

- Hvor tror du/dere [redacted] er om 5 år?\*

## Informantgruppe 2; Prosjektleder.

- **Takk!** – Takke respondenten for at de stiller opp
- **Hvorfor?** – Fortelle hva formålet med intervjuet er
- **Anonymitet?** – Fortelle hvordan dataene blir behandlet. Avklare tillatelse til å ta opp intervjuet.
- **Innhold** – Kort gjennomgang av hva intervjuet skal handle om.
- **Tid** – intervjuet vil vare omtrent 45 minutter.

Problemstilling/forskningsspørsmål;

- Hvilke organisatoriske og musikkfaglige faktorer har vært utslagsgivende for implementeringen av et frivillig musikktilbud på Østlandet?

Med supplerende spørsmål:

- Hvilke forhold har vært utfordrende?
- Er det behov for en musikkterapeut i dette tilbudet, eventuelt hvorfor?

### Til prosjektleder:

- Hva var ambisjonen for dette musikktilbudet da dere startet som et tiltak for én person i 2016?
- Hvordan har dere gått frem for å få 40 medlemmer, samt folk på venteliste?
- Hvordan har musikktilbudet på [redacted] utviklet seg fra det startet til i dag?\*
- Er det noe du tenker har vært spesielt viktig for [redacted] sin utvikling og vekst?
- Har du noen tanker om hvilke organisatoriske/musikkfaglige faktorer som har vært viktige?



- Hvordan er prosjektet støttet økonomisk?
  - Hvem har jobbet med søknadsprosessene?
- Hva tenker du om bruken av studio og musikkproduksjon innen rus- og psykisk helse?\*
- Hvordan tror du det hadde vært å hatt en fast musikkterapeut i dette tilbudet?
- Er det noe du ville gjort annerledes dersom du skulle begynt på nytt med etableringen og utviklingen av [REDACTED]?
- Hvor tror du/dere [REDACTED] er om 5 år?\*
- Hvis [REDACTED] hadde vært et dyr, hva slags dyr hadde det vært?\*

#### Avrundning:

- Hvis du skulle trekke ut tre ting som du mener er det viktigste vi har snakket om, hva ville det vært?\*
- Er det noe mer du vil si eller legge til?\*
- Tusen takk for at du stilte opp!

# Intervjuguide

Masterprosjekt i musikkterapi

**Implementering av musikkterapi i rus- og psykisk helsefeltet**

**Suksessfaktorer for musikkstudio som øvingsarena**

Av Sigurd Nermoen

Norges Musikkhøgskole

2021-2022

## Innholdsfortegnelse

Informantgruppe 3; Musikkterapeut.....	2
--	---

Felles spørsmål for alle tre informantgrupper er markert med «\*», slik:

- Hvor tror du/dere [redacted] er om 5 år?\*

## Informantgruppe 3; Musikkterapeut.

- **Takk!** – Takke respondenten for at de stiller opp
- **Hvorfor?** – Fortelle hva formålet med intervjuet er
- **Anonymitet?** – Fortelle hvordan dataene blir behandlet. Avklare tillatelse til å ta opp intervjuet.
- **Innhold** – Kort gjennomgang av hva intervjuet skal handle om.
- **Tid** – intervjuet vil vare omtrent 45 minutter.

Problemstilling/forskningsspørsmål;

- Hvilke organisatoriske og musikkfaglige faktorer har vært utslagsgivende for implementeringen av et frivillig musikktilbud på Østlandet?

Med supplerende spørsmål:

- Hvilke forhold har vært utfordrende?
- Er det behov for en musikkterapeut i dette tilbudet, eventuelt hvorfor?

### Til veiledende musikkterapeut:

- Når ble du kontaktet av [REDACTED], og hva var forespørselen du fikk av dem?
- Hva slags avtale var det dere inngikk?
- Hva gikk veiledningen du ga ut på?
- Hvordan har [REDACTED] tatt i mot og inkorporert din veiledning inn i sitt tilbud?
- Er du fortsatt involvert på noen måte?
- Hvordan har musikktilbudet på [REDACTED] utviklet seg fra det startet til i dag?\*

- Hva tenker du/dere om bruken av studio og musikkproduksjon innen rus- og psykisk helse?\*
- Er det behov for en musikkterapeut i dette tilbudet, eventuelt hvorfor?
- Hvor tror du/dere [redacted] er om 5 år?\*
- Hvis [redacted] hadde vært et dyr, hva slags dyr hadde det vært?\*

#### Avrunding:

- Hvis du skulle trekke ut tre ting som du mener er det viktigste vi har snakket om, hva ville det vært?\*
- Er det noe mer du vil si eller legge til?\*
- Tusen takk for at du stilte opp!

# Intervjuguide

Masterprosjekt i musikkterapi

**Implementering av musikkterapi i rus- og psykisk helsefeltet**

**Suksessfaktorer for musikkstudio som øvingsarena**

Av Sigurd Nerموen

Norges Musikkhøgskole

2021-2022

## Innholdsfortegnelse

Informantgruppe 4; Leder. ....	2
--------------------------------	---

Felles spørsmål for alle tre informantgrupper er markert med «\*», slik:

- Hvor tror du/dere [redacted] er om 5 år?\*

## Informantgruppe 4; Leder.

- **Takk!** – Takke respondenten for at de stiller opp
- **Hvorfor?** – Fortelle hva formålet med intervjuet er
- **Anonymitet?** – Fortelle hvordan dataene blir behandlet. Avklare tillatelse til å ta opp intervjuet.
- **Innhold** – Kort gjennomgang av hva intervjuet skal handle om.
- **Tid** – intervjuet vil vare omtrent 45 minutter.

Problemstilling/forskningsspørsmål;

- Hvilke organisatoriske og musikkfaglige faktorer har vært utslagsgivende for implementeringen av et frivillig musikktilbud på Østlandet?

Med supplerende spørsmål:

- Hvilke forhold har vært utfordrende?
- Er det behov for en musikkterapeut i dette tilbudet, eventuelt hvorfor?

### Til leder:

- Hva var ambisjonen for dette musikktilbudet da dere startet som et tiltak for én person i 2016?
- Tilbudet ble først organisert under [REDACTED], men er nå under [REDACTED]. Kan du si litt om den overgangen og hva det kan ha å si for tilbudets framtid?
- Er det noe du tenker har vært spesielt viktig for [REDACTED] sin utvikling og vekst?
- Hvordan er prosjektet støttet økonomisk?
  - Hvem har jobbet med søknadsprosessene?
- Er det noe du ville gjort annerledes dersom du skulle begynt på nytt med etableringen og utviklingen av [REDACTED]?

- Hvordan tror du det hadde vært å hatt en fast musikkterapeut i dette tilbudet?
- Hvor tror du/dere [REDACTED] er om 5 år?\*
- Hvis [REDACTED] hadde vært et dyr, hva slags dyr hadde det vært?\*

#### Avrunding:

- Hvis du skulle trekke ut tre ting som du mener er det viktigste vi har snakket om, hva ville det vært?\*
- Er det noe mer du vil si eller legge til?\*
- Tusen takk for at du stilte opp!

# Vedlegg 6 - Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

## Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

### Implementering av musikkterapi i rus- og psykisk helsefeltet

#### Suksessfaktorer for musikkstudio som øvingsarena

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt.

Formålet er å undersøke hva som kan være *suksessfaktorer* for implementering av musikktilbud innen rus- og psykisk helsefeltet. I dette skrivet vil vi gi deg informasjon om prosjektets mål, samt hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Dette prosjektet er en del av musikkterapistudent Sigurd Nermoen sin masteroppgave ved Norges musikkhøgskole. Oppgavens formål er å kunne si noe hva som har vært utslagsgivende for implementeringen av et musikktilbud innen rus- og psykisk helsefeltet.

Til prosjektet søker vi erfaringskonsulenter, prosjektledere, eller andre personer som har vært involverte i utviklingen og implementeringen av musikktilbudet.

#### Problemstilling/forskningsspørsmål;

- *Hvilke organisatoriske og musikkfaglige faktorer har vært utslagsgivende for implementeringen av et frivillig musikktilbud på Østlandet?*

Med supplerende spørsmål:

- *Hvilke forhold har vært utfordrende?*
- *Kan det være behov for en musikkterapeut i dette tilbudet?*

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Professor Gro Trondalen, ved Norges musikkhøgskole



## Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du er *erfaringskonsulent*, ønsker jeg å gjennomføre et gruppeintervju med de som ønsker å delta, på rundt 1 time. For de andre som tar del i dette prosjektet, innebærer det å delta i ett individuelt intervju med varighet på rundt 45 minutter.

Vi kommer til å ha en samtale om temaet musikktilbud innen rus- og psykisk helse. Spørsmålene vil dreie seg rundt hvordan du opplever musikktilbudet, hva du tenker har vært suksessfaktorer, hva du tenker kunne vært gjort annerledes.

Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet. Alle innsamlede data behandles konfidensielt, de-identifiseres og lagres forsvarlig. I masteroppgaven vil deler av intervjuet kunne bli omtalt og delvis sitert. Her kommer alle navn til å være erstattet med koder som Erfaringskonsulent 1 (E1), Prosjektleder (P) osv.

Det tilstrebes at du som deltaker ikke skal kunne gjenkjennes. Av hensyn til dette, vil ikke musikktilbudet bli benevnt med navn, men som «frivillig musikktilbud på Østlandet».

### Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

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

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

- Opplysningene vil være tilgjengelig for Sigurd Nerموen og hans veileder, Gro Trondalen.
- Navnet ditt og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Datamaterialet vil lagres på en kryptert ekstern harddisk som vil være innelåst frem til prosjektslutt, da de vil slettes.

### Hva skjer med opplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Forskningsprosjektet skal etter planen avsluttes 15.12.2022 og da vil personopplysninger og intervjuopptak slettes fra den eksterne harddisken.

## Dine rettigheter

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

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

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

## Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Masterstudent i musikkterapi *Sigurd Nerموen* på epost ([senermoen@student.nmh.no](mailto:senermoen@student.nmh.no)).
- Norges musikkhøgskole ved professor *Gro Trondalen* på epost ([gro.trondalen@nmh.no](mailto:gro.trondalen@nmh.no)).
- Norges musikkhøgskoles personvernombud ved *Rolf Haavik* på epost ([pvo@nmh.no](mailto:pvo@nmh.no)).

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

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

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*  
Gro Trondalen

*Student*  
Sigurd Nerموen

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om forskningsprosjektet, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker i:

- å delta i et gruppeintervju (for erfaringskonsulenter), eller et individuelt intervju (for andre involverte) om musikktilbudet de er en del av.
- at intervjuet blir tatt opp med lydopptaker og lagret på en kryptert ekstern harddisk til prosjektslutt i desember 2022
- at intervjuet i anonymisert form kan bli omtalt og delvis sitert i masteroppgaven

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Vedlegg 7 - Retningslinjer for behandling av persondata - NMH



Norges  
musikkhøgskole  
Norwegian Academy  
of Music

## Retningslinjer for behandling av persondata i forskningsprosjekter som gjennomføres av studenter

Personopplysningsloven i Norge stiller strenge krav til personvern. Ved forskning på mennesker stilles det blant annet krav om at databehandlingen skal ha et lovlig formål og samtykke fra forsøkspersonene (eller deres foreldre dersom det er snakk om personer under 18 år), at opplysninger ikke skal brukes til andre formål/på andre måter enn det som forsøkspersonene har samtykket til, og at de skal beskyttes slik at uvedkommende ikke får tilgang til dem.

Når studenter deltar med studentprosjekter inn i større forskningsprosjekter, skal ansvarlig prosjektleder påse at de bruker NMHs infrastruktur og rutiner for sikker behandling av personopplysninger. Når prosjektet ikke inngår i et større prosjekt, og ikke bruker felles infrastruktur, skal studenten i samråd med veileder sikre seg at metode og utstyr for databehandling oppfyller NMHs krav:

1) Studenter må ikke behandle/lagre personsensitive data på PC som ikke er satt opp av NMHs IKT avdeling. Det vil si alle typer opplysninger eller vurderinger som kan knyttes til en bestemt person og som omhandler:

- opplysninger om helse og helserelevante forhold
- genetiske opplysninger
- biometriske opplysninger som anvendes til entydig identifisering av personer
- opplysninger om etnisk eller rasemessig bakgrunn
- opplysninger om politiske eller religiøse oppfatninger og livssyn
- opplysninger om seksuell forhold og -legning
- opplysninger om fagforeningsmedlemskap

2) Personopplysninger som ikke er sensitive kan lagres på PC som ikke er satt opp av NMHs IKT avdeling, men da stilles følgende krav:

a) Utstyret må være sikret med:

- Brukernavn og passord
- Skjermsparer/automatisk lås av maskin
- Automatisk oppdatering av operativsystemet
- Lokal brannmur installert
- Oppdatert anti-virus installert

Videre anbefales det at man krypterer lokal harddisk, for eksempel med BitLocker på maskiner med Windows eller med Filevault på MacOS. Studenten er selv ansvarlig for sikkerhetskopiering.

Data kan alternativt lagres på studentens OneDrive-område som er tilgjengelig via Office 365. Her benyttes Feide brukernavn og passord for innlogging.

b) Fil/data og PC skal kun benyttes av studenten

c) Data skal slettes på PC, og ev. overføres til NMHs løsning for sikker lagring, så raskt som mulig.

d) Veileder har ansvar for at studenten er kjent med og følger disse retningslinjene.

Veileder og student signerer på vedlagte bekreftelse – dette arkiveres i NMHs arkivsystem.

Studenten kan ta kontakt med IT-drift ([it@nmh.no](mailto:it@nmh.no)) for råd og veiledning.

**Bekreftelse på at studentprosjekt gjennomføres i henhold til "Retningslinjer for behandling av persondata i forskningsprosjekter som gjennomføres av studenter"**

Prosjekt (navn): **Implementering av musikkterapi i rus- og psykisk helsefeltet  
- Suksessfaktorer for musikkstudio som øvingsarena**

Fagseksjon: Fagseksjon musikkpedagogikk og musikkterapi

Undertegnede bekrefter herved at:

- prosjektet ikke innebærer behandling/lagring av sensitive personopplysninger,
- det i behandling av personopplysninger i prosjektet brukes PC som er satt opp i henhold til NMHs "Retningslinjer for behandling av persondata i forskningsprosjekter som gjennomføres av studenter",
- PC som benyttes til behandling/lagring av personopplysninger kun benyttes av studenten
- Data skal slettes på PC, og ev. overføres til NMHs løsning for sikker lagring, så raskt som mulig.

Dato:



Signatur veileder

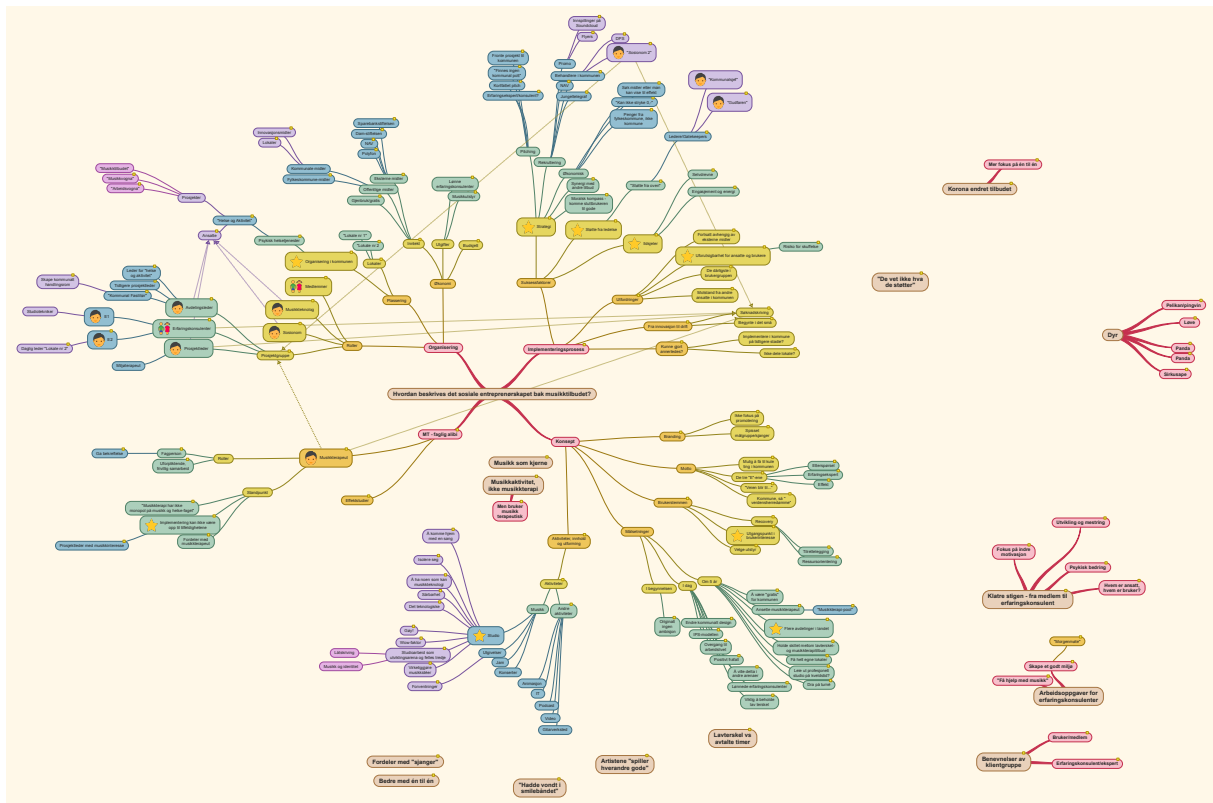


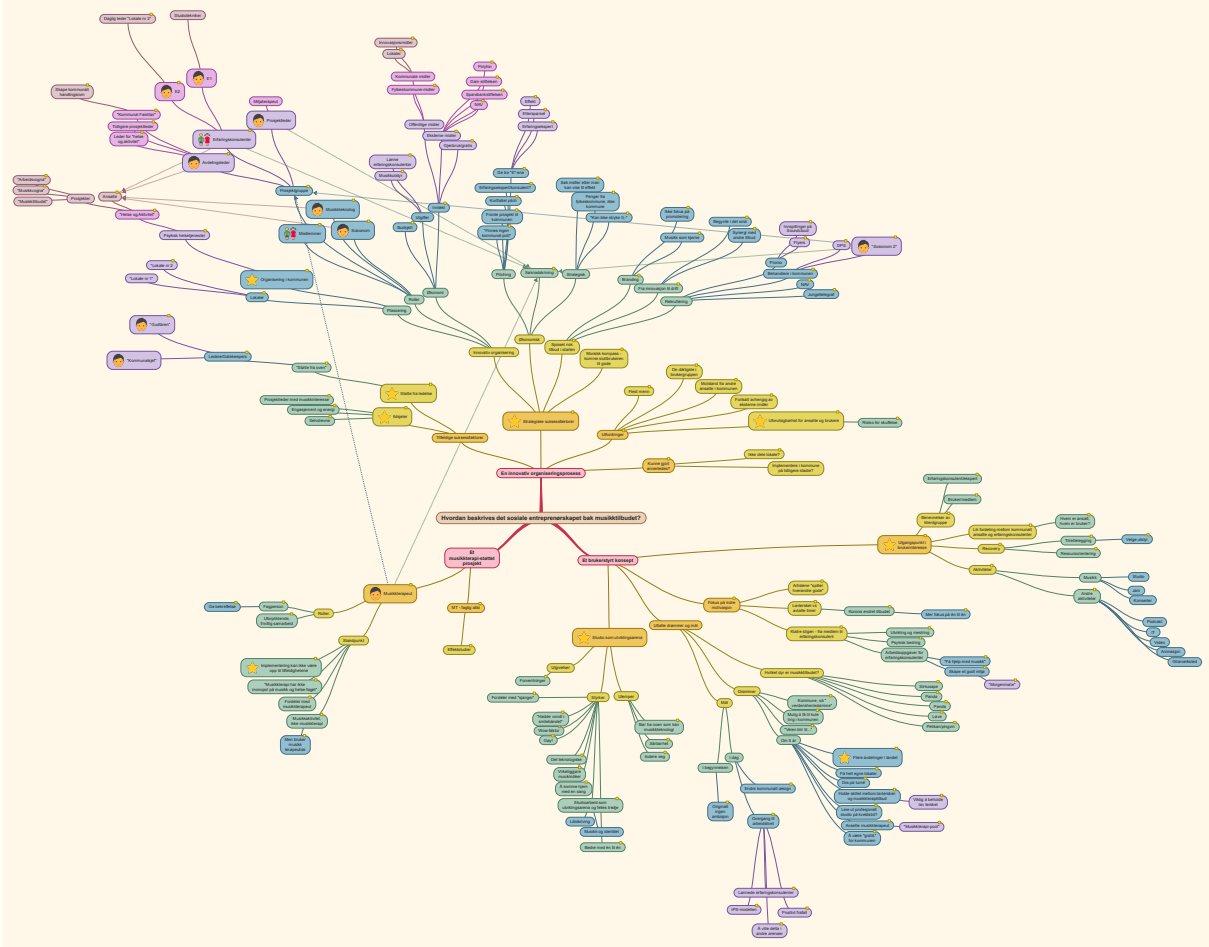
Signatur student

## Vedlegg 8 - Eksempler på koding

Eksempler på koding. (Ble originalt gjort i SimpleMind).

Transkripsjon	Kode	Undertema	Hovedtema
<p>M: Og det synes jeg er veldig kult med «Musikktilbudet»; det er at initiativet kommer fra deltakerne, men så ser de ansatte og ledelsen at dette er verdifullt, og så tar de det på alvor. Og, virkelig på alvor; altså det er ikke bare sånn at de ser liksom og gir en applaus og tenker at... Men de altså investerer masse penger og masse tid og energi på å videreutvikle det og ta initiativet på så høyeste alvor, altså. Og det... Så det, jeg tror at vi trenger ledere som har troen på at deltakerne kan få til ting, da, i musikk.</p>	<p>Initiativ kommer fra deltakere</p> <p>Trenger støtte fra ledelse for å utvikle tilbud</p>	<p>Utgangspunkt i brukerinteresse</p> <p>Tilfeldig suksessfaktor</p>	<p>Et brukerstyrt konsept</p> <p>En innovativ implementeringsprosess</p>







## Om Master i musikkterapi

Musikkterapistudiet fokuserer på ferdigheter i kommunikasjon og sosialt samspill. Sentralt i studiet står musikkens evne til å fremme uttrykksevne og opplevelse av mening, mestring og livssammenheng.

Studiet har en kombinasjon av det praktiske og det teoretiske, med emner som improvisasjon, relasjonskunnskap, vitenskapsteori og forskningsmetode. Musikalsk improvisasjon står sentralt, siden dette er et viktig redskap for å komme i kontakt med - og utvikle relasjonelle og kommunikative ferdigheter.

På Musikkhøgskolen er musikkterapi et sterkt fagmiljø som omfatter Senter for forskning i musikk og helse (CREMAH).

## Om Norges musikkhøgskole

Norges musikkhøgskole er en kunstfaglig og vitenskapelig høgskole med landets største fagmiljø i musikk.

Vi utdanner musikere, komponister, dirigenter, pianostemmere, musikkteknologer, musikkvitere, musikkpedagoger og musikkterapeuter på bachelor-, master- og doktorgradsnivå.

834 studenter og om lag 350 ansatte arbeider innenfor en stor vifte av sjangere, med tyngdepunkt i klassisk, samtidsmusikk, jazz og folkemusikk.

På NMH kan studentene ta bachelor, master og doktorgrad i musikk – både utøvende og teoretiske emner. I tillegg tilbyr vi ettårsemner og videreutdanning fra 15 til 60 studiepoeng for dem som trenger faglig påfyll.

