

# Bedre enn rus?

En mixed method-syntese av syv rapporter om deltakernes erfaring og tilfredshet med musikkterapi som en del av behandlingstilbudet innen rusomsorgen

Ingvill Trydal



## **Forord**

I prosessen med denne masteroppgaven, har jeg har fått uvurderlig hjelp og støtte fra mange gode mennesker. Noen av disse fortjener en ekstra takk:

- Tusen takk til veileder Hans-Petter Solli for nyttige veiledningstimer, for gode faglige innspill, oppmuntrende ord, og at du har heiet på dette prosjektet hele veien.
- Tusen takk til Tone Sæther Kvamme for nyttige innspill til metodedelen, pragmatisme og mixed method.
- Tusen takk til Kristin Rørvik for korrekturlesing i innspurten.
- Tusen takk til pappa for hjelp med statistikkutregninger, figurutforminger, for korrekturlesing og nyttige innspill.
- Og ikke minst, tusen takk til musikkterapiklassen for samhold gjennom hele prosessen. Takk for inspirerende jobbøkter på masterrommet, gode samtaler, kake-torsdag, sushimiddager og sene kvelder.

Oslo, 18. mai 2022

Ingvill Trydal

## Sammendrag

I tidsrommet 2014 til 2021 publiserte Kompetansesenter Rus (Korus) syv evalueringsrapporter av musikkterapitilbud for personer i oppfølgings- eller behandlingstilbud i rusomsorgen. Rapportene er hentet fra fem steder i Norge: Bergen, Fredrikstad, Sør-Odal, Sandnes og Hamar. Rapportene inneholder både kvantitative og kvalitative data om deltakernes tilfredshet og erfaring med musikkterapitilbudene. Hensikten med masteroppgaven er å samle brukererfaringene i én syntese slik at dette kunnskapsgrunnlaget blir lettere tilgjengelig. Rapportene er samlet i en mixed method-syntese og viser at tilfredsheten med tilbudet er svært høy på tvers av landet. Deltakerne forteller at de erfarer *rusmestring, personlig utvikling, at det er terapeutisk, at det gir positive følelser, at de knytter relasjoner, at det foregår på egne premisser*, samt at musikkterapien har *ringvirkninger for hverdagen og for livet*. Syntesen konkluderer med at tilfredshet og erfaringer er to aspekter som utfyller hverandre, og at begge er viktige innspill til hvordan musikkterapi oppleves som en del av et oppfølgings- og behandlingstilbud innen rusomsorgen.

Søkeord: Musikkterapi, rusmiddelavhengighet, avhengighet, Korus, Kompetansesenter Rus, samfunnsmusikkterapi, humanistisk musikkterapi, recovery, brukerperspektivet

## Abstract

During the period of 2014 to 2021 Kompetansesenter rus (Korus) published seven evaluation reports of music therapy in the treatment and follow-up for persons with substance use disorders. The reports were done in five places in Norway: Bergen, Fredrikstad, Sør-Odal, Sandnes and Hamar, and contain both quantitative and qualitative data about the participant's contentment and experience of music therapy. The aim of this master's thesis is to assemble these user experiences in one synthesis to make them more available for research and practice purposes. The reports are assembled in a mixed method-synthesis, and the results show that the participants are very content with music therapy as a part of their treatment. The participants also express that music therapy can offer experiences of *control of substance use, personal growth, therapeutic experiences, positive emotions, social bonding*, and that the music therapy *is on their own terms and can have significance for daily life and be life changing*. The synthesis concludes that both the gradings of contentment and the user experiences are both important contributions to understand how music therapy is experienced as a part of the treatment and follow-up for persons with substance use disorders.

Keywords: Music therapy, substance use disorder, addiction, Korus, Kompetansesenter rus, community music therapy, humanistic music therapy, recovery, user perspective

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>iii</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>iv</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>2</b>
1.1 Hensikt med oppgaven.....	2
1.2 Problemstilling .....	3
1.3 Begrepsavklaring.....	3
1.4 Bakgrunn for problemstilling .....	4
1.5 Avgrensning.....	6
1.6 Musikterapi.....	6
1.7 Oppgavens struktur.....	8
<b>2 Teorikapittel</b> .....	<b>9</b>
2.1 Litteratursøk .....	9
2.2 Forskning på feltet.....	10
2.3 Rusmiddelavhengighet.....	13
2.3.1 Somatiske symptomer.....	13
2.3.2 Påvirkning på hjernen .....	14
2.3.3 Påvirkning på emosjonene.....	14
2.3.4 Selvfølelse og identitet .....	15
2.3.5 Sosiokulturell kontekst .....	16
2.4 Recoveryperspektivet .....	17
2.4.1 Personlig recovery .....	17
2.4.2 Klinisk recovery.....	18
2.4.3 Sosial recovery.....	18
2.4.4 Recoveryprosesser .....	19
2.5 Musikterapi i møte med rusmiddelavhengighet.....	20
2.5.1 Den musikkterapeutiske relasjonen .....	20
2.5.2 Den terapeutiske musikken.....	21
<b>3 Metodekapittel</b> .....	<b>23</b>
3.1 Vitenskapsfilosofisk utgangspunkt.....	23
3.2 Pragmatisme.....	24
3.2.1 Hvordan kunnskap oppnås.....	25
3.2.2 Hva er kunnskap?.....	25
3.2.3 Pragmatismen som grunnlag for syntesen .....	25
3.2.4 Hermeneutikk .....	26
3.2.5 Forforståelse .....	26
3.3 Mixed method-syntese.....	27
3.3.1 Begrepsavklaring .....	27
3.3.2 Styrker og svakheter med metoden.....	28
3.4 Forskningsdesign.....	28
3.5 Kvantitativ metaanalyse .....	30
3.6 Kvalitativ metasyntese .....	31
3.7 Kryss-syntese .....	31
3.8 Forskningsetikk.....	32

<b>4</b>	<b>Analyse .....</b>	<b>34</b>
4.1	<i>Valg av rapporter .....</i>	34
4.2	<i>Presentasjon av rapportene.....</i>	34
4.3	<i>Rapportenes struktur .....</i>	35
4.3.1	<i>Deltakere.....</i>	36
4.3.2	<i>Kjønnsfordeling .....</i>	36
4.4	<i>Vurdering av kvalitet .....</i>	37
4.4.1	<i>Avgrensning.....</i>	38
4.5	<i>Kvantitativ metaanalyse .....</i>	38
4.6	<i>Resultater av metaanalysen.....</i>	39
4.7	<i>Kvalitativ metasyntese .....</i>	41
4.7.1	<i>Tekstkoding .....</i>	42
4.7.2	<i>Avgrensninger underveis.....</i>	44
4.7.3	<i>Utarbeiding av deskriptive tema.....</i>	45
4.7.4	<i>Generering av analytiske tema.....</i>	45
4.8	<i>Funn fra metasyntesen.....</i>	46
4.9	<i>Kryss-syntese .....</i>	51
4.10	<i>Sammenstilling av resultatene.....</i>	51
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>54</b>
5.1	<i>Diskusjon av funn .....</i>	54
5.1.1	<i>Funnene sett i lys av annen forskning.....</i>	60
5.2	<i>Metodekritikk .....</i>	60
5.2.1	<i>Ureflektert metodebruk i rapportene.....</i>	60
5.2.2	<i>Kjønnsfordeling .....</i>	61
5.2.3	<i>Kopiering .....</i>	61
5.2.4	<i>Evalueringsrapporter.....</i>	62
5.2.5	<i>Små utvalg .....</i>	62
5.3	<i>Kritikk av egen metode .....</i>	62
5.3.1	<i>Studiens gyldighet og pålitelighet .....</i>	63
<b>6</b>	<b>Konklusjon og anbefaling for videre forskning.....</b>	<b>65</b>
<b>7</b>	<b>Kilder.....</b>	<b>66</b>
<b>8</b>	<b>Vedlegg: Samlede funn fra den kvalitative metasyntesen .....</b>	<b>77</b>



# 1 Innledning

*Føler på mange måter at musikkterapi har reddet livet mitt. Får bearbeidet vanskelige følelser gjennom sangen, både glede og sinne. Det er en frihet å komme til musikkterapitimene. Har gitt meg mestringsfølelse og selvtillit. Henter opp igjen godfølelsen da jeg er på steder det ikke er så god stemning. Glemmer alt som er dritt og tar ferie en times tid. (Kielland & Taihaugen, 2017, s. 20)*

Dette sitatet illustrerer godt musikkterapiens terapeutiske virkning. Det er hentet fra én av syv evalueringsrapporter som tar for seg hvordan personer med rusmiddelavhengighet erfarer musikkterapi som en del av behandlingstilbudet. Dette sitatet er bare ett av omtrent 290 sitater<sup>1</sup>, som alle tar for seg deltakernes erfaringer av musikkterapi som en del av behandlingstilbudet innen rusomsorgen. Det er disse som utgjør hoveddelen av det erfaringsbaserte grunnlaget for analysen i denne oppgaven og dekker landet på tvers – fra Sandnes og Bergen i vest, til Fredrikstad, Sør-Odal og Hamar i øst.

Før jeg begynte på musikkterapistudiet, fikk jeg se hva musikk kan bety for personer i denne målgruppen. Over et par år ledet jeg en musikkgruppe på et bosted for personer med rusmiddelavhengighet. Gjennom musikkaktiviteten fikk jeg se hvordan musikk kan være et avbrekk i en utfordrende livssituasjon. Musikken avdekket skjulte musikalske talenter, til overraskelse for både ansatte og beboere. Her var det folk som hadde terpet på instrumentet i timevis, drevet aktivt med musikk i flere år, eller lyttet til musikk i utallige timer og delte av sin detaljerte kunnskap. En av deltakerne sa at det å spille gitar sammen med meg, var som en «naturlig high». Dette kan kanskje også si noe om potensialet som musikkterapi kan ha for akkurat denne målgruppen. Kanskje *russpiralen* kan erstattes av *musikkspiralen*<sup>2</sup>?

## 1.1 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan personer med rusmiddelavhengighet opplever musikkterapi som en del av et oppfølgings- og behandlingstilbud, og å tilgjengeliggjøre og tydeliggjøre brukererfaringene fra de syv Korus-rapportene. Som vi snart skal se, er musikkterapitilbudet til denne gruppen fremdeles begrenset i norsk sammenheng.

---

<sup>1</sup> Antallet sitater som er valgt ut til den kvalitative metasyntesen.

<sup>2</sup> Inspirert fra sitat i Taihaugen (2017, s. 18)



Det er også begrenset med forskning på feltet i norsk kontekst. Denne oppgaven har derfor mål om å bidra til å styrke kunnskapsgrunnet innen musikkterapi i rusmiddelfeltet.

## 1.2 Problemstilling

Problemstillingen for denne oppgaven er:

*Hva sier et utvalg rapporter om deltakernes erfaringer og tilfredshet med musikkterapi som en del av behandlings- og oppfølgingstilbudet innenfor rusomsorgen?*

For å besvare denne problemstillingen, gjøres en mixed method-syntese av syv rapporter fra Kompetansesenter rus (KORUS). Det er viktig å understreke at disse rapportene først og fremst er evalueringsrapporter av musikkterapitilbudene, og er ikke fagfellevurderte forskningsartikler. Dette er noe som må tas høyde for i tolkningen av resultatene fra denne oppgaven. Uavhengig av dette, kan disse rapportene gi viktig innsikt i hvordan personer med rusmiddelavhengighet opplever musikkterapi.

## 1.3 Begrepsavklaring

Språket som er brukt om personer med rusmiddelavhengighet har ofte vært stigmatiserende, med begreper som «narkoman», «alkoholiker» og «rusmisbruker» (Bramness, 2014). Derfor er begrepsavklaring spesielt viktig i forskning på rusmiddelfeltet.

I oppgaven defineres rusmiddelavhengighet som *en tilstand der en person over tid har brukt rusmidler på en måte slik at bruken blir livshemmende og går ut over viktige deler av livet* (Mørland & Waal, 2016, s. 20). Videre vil jeg bruke betegnelsen *person med rusmiddelavhengighet* i tråd med Astrid Skrettings definisjoner (2010, s. 32), fordi dette er et begrep som kan brukes for å unngå stigmatisering. Samtidig kan begrepet *avhengig* gi antydning til at det er en kronisk tilstand som ikke kan endre seg. Andre begreper, som *person med rusmiddelproblem*, benyttes også i litteraturen. Jeg opplever dette begrepet som «problemorientert», og mener derfor at *avhengig* er et bedre begrep i denne sammenhengen. *Rusmiddelproblem* vil likevel brukes i noen tilfeller i denne oppgaven, i tråd med litteraturen som det henvises til.

Riktignok er ikke alle personer som bruker rusmidler avhengige. Man kan skille mellom ulike typer bruk: Rekreasjonell bruk, skadelig bruk og avhengighet (Mørland & Waal, 2016). I diagnosesystemet ICD-10 skilles det mellom skadelig bruk og avhengighet (Helsedirektoratet, 2012). I den oppdaterte versjonen, ICD-11, defineres avhengighet som «(...) en sterk indre trang til å innta rusmidler selv om dette er til fysisk og/eller psykisk skade og medfører store negative konsekvenser for den enkelte. Avhengigheten skal vanligvis ha vedvart i tolv måneder eller mer» (Dahl, 2021, s. 27). I diagnosemanualen DSM-5 av American Psychiatric Association (APA), skiller man ikke lenger mellom misbruk og avhengighet, men graderer i stedet alvorligheten av bruken av rusmidler (ROP, 2012). I denne oppgaven vil heller ikke jeg skille mellom skadelig bruk og avhengighet for å forenkle begrepsbruken.

I forskning er det vanlig å bruke begreper som informant og respondent. I denne oppgaven derimot, blir betegnelsen *deltaker* brukt som begrep for de som har besvart spørsmålene i rapportene. I de fleste Korus-rapportene benyttes begrepet «bruker», en vanlig betegnelse innen psykisk helse- og rusmiddelfeltet. Samtidig kan dette begrepet skape forvirring i møte med personer med rusmiddelavhengighet, fordi det kan være uklart om det er snakk om en som «bruker» rusmidler eller en som «bruker» tjenester (Skretting, 2010). Også «pasient» brukes i flere av rapportene. Dette begrepet innebærer rettigheter for dem det gjelder, men i sammenheng med musikkterapi, kan dette begrepet oppleves som «sykeliggjørende». I musikkterapi kan man jobbe med ressursene, de friske sidene, for å oppnå bedring (Rolvsjord, 2010). Begrepet *innbygger* brukes i rapporten fra Sandnes (Kielland & Taihaugen, 2017). Jeg opplever dette begrepet som noe diffust og noe som kan skape misforståelser. Derfor brukes deltaker som begrep i denne oppgaven, uavhengig hva som brukes i rapportene, i tråd med *deltakerbasert forskning* (Borg & Askheim, 2010). Dette er riktignok en syntese av allerede utførte rapporter, og deltakerne vil ikke kunne ha reell innflytelse på denne forskningen. I stedet vektlegges brukerperspektivet gjennom hele oppgaven, med mål om å formidle deltakernes erfaring så tett som mulig opp mot originalsitatene.

#### 1.4 Bakgrunn for problemstilling

Musikkterapi ble i 2016 inkludert av Helsedirektoratet i *Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler* (Helsedirektoratet, 2016), og som anbefalt støttebehandling i *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* (Helsedirektoratet, 2016). Noen år tidligere, ble

musikkterapi anbefalt med høyeste gradering i *Nasjonal faglig retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (Helsedirektoratet, 2013).

Anbefalingene innen rusmiddelområdet baserte seg i stor grad på denne anbefalingen, ettersom mange personer med rusmiddelavhengighet også har samtidig psykiske lidelser (ROP).

Helsedirektoratet argumenterer derfor for at det er sannsynlig at musikkterapi også vil ha god virkning for personer med ROP-lidelse.

På tross av denne anbefalingen, er det forholdsvis få musikkterapistillinger i rusomsorgen.

I en undersøkelse av musikkterapeuters arbeidssted var det i 2019 totalt 24 personer som jobbet innen rusomsorgen (14 %) <sup>3</sup> (Halås, 2019). 10 av disse har jobben i rusomsorgen som sin primærstilling. 14 personer hadde primærstilling innen et annet fagfelt. Til sammenligning eksisterer det per dags dato <sup>4</sup> 175 steder med alkohol- rus- og avhengighetsbehandling i Norge (Helsedirektoratet, u.å.). Basert på tallene fra Halås (2019), er det sannsynligvis kun en liten prosentandel av stedene som tilbyr musikkterapi i dag, til tross for at det anbefales av Helsedirektoratet. I 2020 ble «Etableringshåndbok for musikkterapi i rus- og psykisk helsetjeneste» (Kielland et al., 2020) lansert som en respons på dette, og for å lette arbeidet i å etablere nye musikkterapistillinger. Målet er at musikkterapi kan bli et reelt behandlingsalternativ innen rus- og psykisk helsetjenester.

Korus jobber for å bygge rusfaglig kompetanse i praksisfeltet og består av syv regionale kompetansesentre rundt om i landet (KORUS, u.å.). De syv rapportene utgjør en stor og viktig andel av kunnskapsgrunnlaget om hva musikkterapi kan tilby personer med rusmiddelavhengighet. For å forstå behovet for musikkterapi, vil jeg belyse dette med statistikk fra dagens situasjon: I 2020 var 18 203 personer i behandling med en diagnose for rusmiddelavhengighet i Norge. Dette var en økning på 22 % fra 2010 til 2020 (Edland-Gryt et al., 2022). Tall fra 2020 viser at 26 % av tjenestemottakerne med et rusmiddelproblem har svært lite eller ingen meningsfulle aktiviteter <sup>5</sup> i hverdagen. 46 % av mottakerne har noen grad av meningsfull aktivitet, men ikke tilstrekkelig. Av dem med alvorlig ROP-lidelse (22 %), har kun 7 % tilstrekkelig grad av meningsfull aktivitet. 55 % av ROP-brukerne har svært lite eller ingen form for meningsfull aktivitet. Videre har 64 % av personer med rusmiddelproblemer

---

<sup>3</sup> Undersøkelsen ble gjort på medlemmer i Norsk forening for musikkterapeuter i 2019 og er ikke utfyllende for dagens situasjon.

<sup>4</sup> 8. mai 2022

<sup>5</sup> Meningsfull aktivitet viser til arbeid, utdanning, og andre aktiviteter, inkludert aktiviteter i egen regi.

begrenset sosialt nettverk. 11% har lite eller ingen kontakt med noen form for sosiale nettverk (Hustvedt, et al., 2021)<sup>6</sup>. Mange av personene bak disse tallene får sannsynligvis oppfølging knyttet til helse, bolig og økonomi. Samtidig mangler altså en stor andel både meningsfulle aktiviteter og et sosialt nettverk. I denne oppgaven vil jeg se nærmere på hvilket potensial musikkterapi kan ha i møte med disse utfordringene.

## 1.5 Avgrensning

Som nevnt er fokus for oppgaven musikkterapi med personer med rusmiddelavhengighet. Dette inkluderer avhengighet av alle typer rusmidler, både lovlige og ulovlige. Samtidig finnes det andre former for avhengighet, som spillavhengighet, skjermavhengighet og handleavhengighet. Disse vil ikke inkluderes i denne oppgaven, selv om noen av de psykologiske mekanismene er lignende (Bramness & Bachs, 2021). Videre avgrenses oppgaven fra musikkterapi i kriminalomsorgen. Selv om det er mange personer med rusmiddelavhengighet som også er den del av kriminalomsorgen, blir ikke disse inkludert i denne oppgaven fordi det kun er en andel av de innsatte som er avhengig av rusmidler. Analysen er videre begrenset til syv rapporter av Korus, med fokus på musikkterapi i rusmiddelomsorgen. Korus har også gjennomført en tilsvarende rapport om musikkterapitilbudet til Uteseksjonen for ungdom og unge voksne (Johansson, 2019). Denne er utelatt av syntesen på grunn av at det først og fremst er et forebyggende tiltak. Videre avgrensninger for syntesen redegjøres for i kapittel 4.4.1.

## 1.6 Musikkterapi

Å definere musikkterapi er en akademisk øvelse, der man først og fremst prøver å fange noe som erfares. Også her kan brukerperspektivet inkluderes. Deltakerne i musikkterapitilbudet i Bergen definerer musikkterapi som:

«(...) en litt mer ufarlig måte å ha terapi på»

«Noe som gjør meg bedre, mer balansert, får på en måte mer kontakt med meg selv»

«(...) musikkterapi er å mestre»

«(...) musikkterapi henter fram ressurser»

«(...) noe som gir inspirasjon»

---

<sup>6</sup> Fra BrukerPlan, et kartleggingsverktøy av kommunale tjenestemottakere med rus- og/eller psykisk helseproblematikk (Hustvedt, et al., 2021).

«Et bedre alternativ enn å gå til psykolog» (Dale, 2019, s. 12)

Deltakerne sier her at musikkterapi både er noe som oppleves som terapeutisk, samtidig som at det er noe som utvikler, gir mestring og inspirerer. For noen er det også en litt mindre farlig terapiform og et godt alternativ til samtaleterapi. Fra et akademisk utgangspunkt, vil denne oppgaven videre støtte seg på Bruscias definisjon av musikkterapi:

*Musikkterapi er en refleksiv prosess der en terapeut hjelper klienten til å oppnå best mulig helse, ved bruk av ulike former for musikkopplevelser og gjennom relasjonen som skapes gjennom dem, som en drivkraft for endring*  
(2014, s. 36, min oversettelse).

Dette er en grunnleggende definisjon av hva musikkterapi kan innebære, der musikk og relasjonene mellom deltaker(e) og terapeut, er de viktigste aspektene i musikkterapien.

I tillegg plasseres denne oppgaven i en humanistisk- og en samfunnsmusikkterapeutisk tradisjon. *Den humanistiske musikkterapien* vektlegger: 1) Omsorg og respekt for individet og individets grunnleggende rettigheter og menneskeverd. 2) En empatisk relasjon, med innlevelse i den andre, i tillegg til individets selvbestemmelse, autonomi, intensjonalitet og handling. 3) Kritikk mot nedbrytende strukturer som hindrer individets utfoldelse. 4) Rom for meningsskaping gjennom språk, symboler og metaforer (Ruud, 2008, s. 9, 2010, s. 16–20).

Det humanistiske perspektivet dekker en stor del av min holdning til faget. Samtidig kan musikkterapi være mer enn kun det som skjer i musikkterapirommet. «Terapirommet» ikke er isolert fra samfunnet. *Samfunnsmusikkterapien* vektlegger at musikkterapi må forstås som en del av en større helhet, hvor man jobber musikalsk med personer i kontekst og anerkjenner at sosiale og kulturelle faktorer spiller inn på individets helse, relasjoner og musikalitet (Ansdell, 2002). Jeg støtter meg til definisjonen av samfunnsmusikkterapi som formulert av Stige og Aarø (2012, s. 18) med akronymet PREPARE: **P**articipatory (*deltakende*), **R**esource-oriented (*ressursorientert*), **E**cological (*Økologisk*), **P**erformative (*fremførende*), **A**ctivist (*Aktivistisk*), **R**eflective (*Refleksiv*) og **E**thics-driven (*Etikkdrevet*).

Samfunnsmusikkterapien anerkjenner deltakeren som en likeverdig og aktivt *deltakende* part i det relasjonelle og musikalske samspillet. Den er *ressursorientert*, ved at man jobber for å

bygge opp under individets personlige og relasjonelle styrker, og knytter inn de ressurser som er tilgjengelig i samfunnet rundt individet. Videre bygger den på en *økologisk* forståelse, ved at individets liv er innvevd i en større helhet, og musikkterapi også innebærer å jobbe med de strukturene som omgir individet. Samfunnsmusikkterapien er *fremførende*, ved at den vektlegger å støtte individet i å fremføre seg selv i samspill med omgivelsene (både musikalsk og relasjonelt). Musikkterapien er *aktivistisk*, ved at den er jobber for samfunnsendring gjennom kunnskapstilegnelse og aktiv handling mot nedbrytende strukturer. Videre er den *refleksiv* ved at den alltid reflekterer over egen praksis. Til sist, er samfunnsmusikkterapien *etikkdrevet*, ved at den er verdibasert og tar ansvar for å møte i sosiale utfordringer (Stige & Aarø, 2012).

## 1.7 Oppgavens struktur

Denne oppgaven deles inn i følgende hoveddeler: *Innledning, teori, metode, analyse og resultater, diskusjon og konklusjon*. Første del av oppgaven har tatt for seg bakgrunn og hensikt med oppgaven, avgrensning, begrepsavklaring og presentasjon av eksisterende forskning på feltet. Videre presenteres noen teoretiske perspektiver som er viktige for å belyse resultatene av syntesen. I andre presenteres metode og vitenskapsfilosofisk standpunkt. Som nevnt, er metoden i denne oppgaven en mixed method-syntese. Dette er en type systematisk gjennomgang basert på mixed method-prinsipper (Heyvaert et al., 2013). Derfor blir også perspektiver knyttet til både *kvantitative metaanalyse, kvalitativ metasyntese* og *mixed method-syntese* presentert. I del nummer tre presenteres den praktiske gjennomføringen av syntesen, samt resultatene fra denne. I siste kapittel vil funnene diskuteres opp mot teori og forskning, og til slutt vil dette oppsummeres i en konklusjon og anbefaling for videre forskning.

## 2 Teorikapittel

I teorikapittelet presenteres utdrag av forskningen på feltet, samt noen teoretiske perspektiver knyttet til rusmiddelavhengighet og musikkterapi. De teoretiske perspektiver vil handle om mekanismer i rusmiddelavhengighet, hva *bedring* kan innebære for personer med rusmiddelavhengighet, samt noen relevante perspektiver fra musikkterapeutisk teori. Dette vil kunne gi et godt grunnlag for å belyse funnene fra analysen, samt hva musikkterapi kan tilby personer med rusmiddelavhengighet.

### 2.1 Litteratursøk

For å få oversikt over forskningsfeltet på musikkterapi med personer med rusmiddelavhengighet, ble det gjennomført et litteratursøk i databasene Oria, PubMed, PsychInfo, og Rilm, NMH brage og BORA UIB. Følgende søkeord ble benyttet:

Database	Søkeord	Antall treff
<b>Oria:</b>	«rus*» OG «musikkterapi»	95
	«music therapy» OG «addiction»	411
	«music therapy» OG «substance abuse»	36
	“music therapy» OG «substance use disorder»	70
<b>PubMed:</b>	(music) AND (addiction)	250
	(music therapy) AND (substance use disorder)	8
<b>PsychInfo:</b>	«music therapy» AND «addiction»	72
	«music therapy» AND «Substance use disorder»	21
<b>RILM<sup>7</sup>:</b>	«addiction» AND «music therapy	131
	«substance use» AND «music therapy»	32
	«substance abuse» AND «music therapy»	37
<b>Bora UIB:</b>	«rus musikkterapi»	35
<b>NMH Brage:</b>	«rus musikkterapi»	61

<sup>7</sup> Kun engelskspråklige artikler ble inkludert

Jeg leste over samtlige søkeresultater og noterte ned studier som var relevante for oppgavens tema. Artikler som ikke tok for seg musikkterapi, som kreativ terapi, musikkmedisin, laboratorieeksperimenter, ble ikke inkludert. Det samme gjaldt studier som tok for seg andre typer avhengighet, for eksempel spillavhengighet. En god del av artiklene gikk igjen på tvers av databaser, og jeg endte opp med i overkant av 110 artikler og studier. Resultatet inneholdt en rekke bøker om temaet, noen teoretiske studier, flere kvalitative studier og en stor andel kvantitative studier av ulike størrelse. I tillegg er det også gjort flere systematiske gjennomganger av musikkterapi med personer med rusmiddelavhengighet. Under presenteres et utdrag av resultatene fra litteratursøket.

## 2.2 Forskning på feltet

Det ble det tydelig i gjennomgangen av litteraturen innen musikkterapi i rusmiddelfeltet, at dette er et felt i utvikling med få større studier, både over lengre tid og i antall deltakere. Riktignok gjøres det stadig mer forskning på tematikken, deriblant annet vil det komme en Cochrane-gjennomgang<sup>8</sup> fra Ghetti et al. (2020) knyttet til musikkterapi for personer med rusmiddelavhengighet.

I litteratursøket var det flere systematiske oversikter over forskning på feltet. Den nyeste av disse, Hohmann et al. (2017), har tatt for seg seks kvalitative og 34 kvantitative studier på musikkterapi og musikkbaserte intervensjoner. De kvalitative studiene viser at musikkterapi kan *gi utløp for følelser og tanker, sosial interaksjon, utvikling av evner og bedre livskvalitet*. De kvantitative studiene peker på at musikkterapi kan ha betydning for *emosjonell regulering, motivasjon, og kontroll*. Samtidig er resultatene inkonsekvente på grunn av at de fleste av studiene er små og gjort over kort tid. Dette er også min erfaring i gjennomgangen av forskningen på feltet.

Silverman har gjort en mengde RCT'er<sup>9</sup> av enkeltsesjoner med musikkterapi innen rusbehandling, ofte med utvalgsstørrelse på over 100 deltakere. Noen av disse antyder at *flyt*<sup>10</sup> i sangskrivning kan ha betydning for terapeutiske utfall (Silverman et al., 2016), og at sangskrivning i gruppe kan ha betydning for behandlingsmotivasjon (Silverman, 2012),

---

<sup>8</sup> Systematisk oppsummering av eksisterende forskning for å dokumentere effekten av et helsetiltak, med mål om at helsetjenesten skal ta velinformerte avgjørelser (FHI, 2021)

<sup>9</sup> Randomiserte Kontrollerte Undersøkelser

<sup>10</sup> En tilstand hvor et menneske er fullt opptatt av en aktivitet og glemmer tid og sted (Sveen, 2020).



«craving» (Silverman, 2019) og endringsmotivasjon (Silverman, 2011). Jeg vil likevel være forbeholden med å vektlegge disse studiene, fordi de kun er basert på *en* musikkterapi-sesjon og konklusjonene kan være basert på tilfeldigheter.

Av større studier på musikkterapi, har Wu et al. (2020) gjort en RCT på gruppemusikkterapi som supplement til ordinær behandling for kvinner med avhengighet av metafetamin (n=60). Denne studien viser at musikkterapi kan ha signifikant effekt for behandlingsmotivasjon. Dette samsvarer med en RCT fra Gold et al (2013) på pasienter innen psykisk helsevern med lav behandlingsmotivasjon, inkludert personer med rusmiddelavhengighet. RCT'en inkluderte deltakere fra Norge, i tillegg til Østerrike og Australia, og viste at musikkterapi som supplement til standard behandling har betydning på negative symptomer som sosiale vansker, fungering, motivasjon og vitalitet. Lavt frafall var et annet interessant funn, ettersom dette var personer med lav behandlingsmotivasjon. Det er uvisst om noen, eller hvor mange av disse deltakerne som hadde rusmiddelavhengighet. En annen, mindre studie på pasienter innen avrusning (n=24) viser også til at musikkterapi er en motiverende behandlingsform, der deltakerne graderer «enjoyment» av musikkterapi til 4,25 av 5 (Dingle et al., 2008).

Albornoz (2011) har gjort en RCT på ungdom (n=24) som fikk ukentlig musikkterapi i tre måneder. Studien viste at musikkterapi hadde signifikant effekt på depresjonssymptomer. En annen studie (Hwang & Oh, 2013) hadde tilsvarende resultater, der deltakerne (n=36) fikk betydelig lavere nivå av depresjon, angst, sinne og stress fra musikkterapi. Short og Dingle (2016) sammenlignet to grupper (n= 38), med en gruppe med personer med rusmiddelavhengighet og en kontrollgruppe som var matchet på kjønn og alder. Studien viste at gruppen med rusmiddelavhengighet hadde lavere emosjonell respons til musikk, særlig «glad» musikk. Samtidig opplevde de økt rustring når selvvalgt, rusrelatert musikk ble spilt, et aspekt som er viktig å ha med musikkterapeutisk praksis og som vi skal se nærmere på i kapittel 2.3.3.

I norsk sammenheng er det per dags dato forholdsvis lite forskning på musikkterapi innen rusmiddelfeltet. Forskningen dreier seg i hovedsak om kvalitative studier, med en hovedvekt på masteroppgaver og rapporter. En av de mest kjente, er boka «Hekta på musikk» (Overå, 2013). Denne bygger på Monika Overås masterprosjekt, hvor hun startet opp et musikkterapeutisk tilbud på en avrusningsenhet ved Akershus Universitetssykehus. Boka er tredelt med teoretiske perspektiver på musikkterapi, brukererfaringer og konkrete tips til praksis.

Brukererfaringene fra prosjektet ble kategorisert under overskriftene: *terapi, minner, identitet, følelser, mestring og motivasjon, vitalitet, påkobling, tidsopplevelse, og fellesskap* (Overå, 2013, s. 45). I tillegg til denne, er det de siste årene gjort en rekke masteroppgaver på musikkterapi innen rusmiddelfeltet:

Kristiansen (2013, s. 30) gjorde en case-studie (n=8) på ukentlig musikkterapi som en del av TSB<sup>11</sup>, og fant at deltakerne erfarer at musikkterapi kan tilby *motivasjon, rekreasjon, mestring, selvforståelse og mening*. Solum (2016, s. 25) gjorde en deltakende observasjon for å undersøke deltakernes opplevelse av musikkterapitilbud som en del av et fritidstilbud i regi av rusomsorgen, med lignende funn som Kristiansen og Overå: *mestring, følelser og vitalitet, tilhørighet, og mening og identitet*. I tillegg har Næsheim (2021) undersøkt hvordan en musikkterapigruppe kan implementeres som en del av et lavterskeltilbud for personer med tidligere rusproblematikk, og Bye (2015) sammenlignet holdninger til behandling av mennesker med rusproblematikk i litteratur om musikkterapi og i offentlige dokumenter.

Aurlien (2015) utførte en systematisk oversikt av forskning på musikkterapi for personer med rusmiddelavhengighet, med tre studier fra Norge. Johnsen (2016) gjorde en tilsvarende oversikt på forskning på musikkterapi med kvinner i rusbehandling, men ingen studier fra norsk kontekst. Johnsen trekker frem at det er et behov for kvinnespesifikk behandling innen rusomsorgen, og at det er behov for mer forskning på musikkterapi med kvinner i rusbehandling, særlig kvalitativ forskning med brukerperspektivet i fokus.

Larsen (2018) har gjort en kvalitativ metasyntese av hvordan personer med rusmiddelproblematikk opplever musikkterapi, og identifiserte at deltakerne opplevde *følelsesmessig stimuli, sosialt samvær, opplevelse av glede, økt selvfølelse og en opplevelse av pause i hverdagen*. I tillegg er det gjort en rekke kvalitative casestudier, intervju og feltarbeid på musikkterapi innen rusbehandling (Førsund, 2017; Haugen, 2011; Myklebust, 2017; Rødland, 2013).

Ut over dette utgjør de syv Korus-rapportene en stor del av kunnskapsgrunnlaget knyttet til musikkterapi i rusbehandling i Norge. Tyrilistiftelsen (Kristiansen, 2016) har også utført en lignende evalueringsrapport av musikkterapitilbudet ved Tyrili Kampen, med tilsvarende funn

---

<sup>11</sup> Tverrfaglig spesialisert behandling

som Korus-rapportene. Denne ble likevel ikke inkludert i syntesen i denne oppgaven på grunn av ulikt design.

Som vi har sett, er mange av studiene på musikkterapi med personer med rusmiddelavhengighet små. Derfor blir også noen større studier på musikkterapi innen psykisk helsevern presentert, for å utfylle dette kunnskapsgrunnlaget. De siste årene er det gjort to Cochrane-gjennomganger: Aalbers et al. (2017) som viser at musikkterapi har effekt for symptomer på depresjon og angst (n=421). En tilsvarende gjennomgang er gjort på musikkterapi for personer med schizofreni og schizofreni-lignende tilstander (n=1215). Denne viser at musikkterapi sammen med standard behandling har effekt på generell fungering, psykisk tilstand (både negative og generelle symptomer), sosial fungering og livskvalitet (Geretsegger et al., 2017). I 2020 gjorde Tang et al. (2020) gjorde en metaanalyse av 55 RCT'er på musikkterapi for personer med depresjon, som viser at både musikkterapi og musikkmedisin<sup>12</sup> kan gi signifikant reduksjon av symptomer for depresjon. Interessant nok, viste intervensjonene med musikkmedisin størst effekt. Selv om disse studiene ikke er gjort med personer med rusmiddelavhengighet, kan det tenkes at disse funnene også kan ha relevans for denne målgruppen fordi mange med rusmiddelavhengighet også har psykiske lidelser (ROP).

## 2.3 Rusmiddelavhengighet

Med forskningen på feltet som grunnlag, vil jeg nå gå videre inn på aspekter ved avhengighet som kan være relevant for problemstillingen. Denne gjennomgangen vil samtidig kun røre ved overflaten av hva avhengighet handler om, fordi dette er en svært kompleks lidelse og ulike fagtradisjoner har forskjellige forklaringer av hva avhengighet handler om (Bramness, 2021b).

### 2.3.1 Somatiske symptomer

Ser vi på de somatiske<sup>13</sup> sidene ved rusmiddelavhengighet, kan langvarig bruk sette spor i kroppslige organer, inkludert hjernen og nervesystemet (Skjøtskift, 2012). Bruk av rusmidler over tid vil i tillegg gi en form for fysisk avhengighet, der individet får økt toleranse for rusmiddelet med opplevelse av abstinenssymptomer ved avhold fra rusmiddelet (Fekjær,

---

<sup>12</sup> Hovedsakelig allerede innspilt musikk, gitt til pasienten fra helsepersonell «som medisin».

<sup>13</sup> «Det som har med kroppen å gjøre» (Kåss, 2021, «somatisk»)

2016, s. 222). Ikke alle rusmidler gir like fysiske abstinenssymptomer, deriblant sentralstimulerende midler<sup>14</sup> og cannabis. Likevel er personer også i behandling for avhengighet av disse rusmidlene.

### 2.3.2 Påvirkning på hjernen

Ser vi på de nevrologiske aspektene, kan gjentatt bruk av et rusmiddel skape langvarige endringer i hjernen, slik at nevronenes struktur og funksjon endres. Dette begrunnes ved at hjernen er plastisk og tilpasser seg forandringer i omgivelsene (Mørland & Waal, 2016, s. 33–34). Områder i hjernen som påvirkes er: *Motivasjons- og belønningssenteret* (nucleus accumbens), *lyst/hemnings regulering* (orbitofrontal korteks og anterior cingulate gyrus), *eksekutiv kontroll* (prefrontal korteks), *minne, læring og vaner* (amygdala, hippocampus og striatum), *kroppslige funksjoner* (insula korteks) og *stress-regulering* (HPA-aksen<sup>15</sup>) (Carter et al., 2009, s. 31).

Sammenligner vi dette med hvordan musikk treffer hjernen, er det studier som viser at musikk påvirker flere av de samme områdene som rusmidler. Musikk aktiverer både områdene knyttet til motivasjon og belønning, emosjoner, følelser og aktivering (arousal), i tillegg til autonome, kroppslige systemer som regulering av hjerterytme og respirasjon (Blood & Zatorre, 2001; Koelsch, 2010; Menon & Levitin, 2005), samt at intense emosjonelle musikkopplevelser kan utløse *dopamin* og gi euforiske opplevelser og «craving» (Salimpoor et al., 2011).

### 2.3.3 Påvirkning på emosjonene

Sigmund Karterud (2021, s. 109–111) skriver at hjernen ikke er sammensatt slik at den klarer å håndtere den unaturlige mengden stoffer fra et rusmiddel, noe som også vil påvirke primæremosjonene<sup>16</sup>. En av disse er SØKING<sup>17</sup>, som er primæremosjonen som driver oss til å interagere med verden gjennom utforskning, vitalitet, og forventningsglede. SØKING er «(...) motoren som de andre emosjonelle systemene må koble seg på» (Karterud, 2021, s. 109). Karterud skriver at SØKING aktiveres hovedsakelig av neurotransmitteren *dopamin*,

---

<sup>14</sup> De mest kjente er Amfetamin, metamfetamin, metylfenidat og kokain. Ecstasy (MDMA) kan også klassifiseres her, men har også hallusinogen virkning (Bramness, 2021a).

<sup>15</sup>Hypotalamus-hypofyse-binyre-aksen-aksen. Her produseres stresshormonet kortisol (Berg & Otterholt, 2022).

<sup>16</sup> SØKING, SINNE, FRYKT, SEPARASJONSANGST (tristhet), LYST (seksuell), OMSORG (kjærlighet) og LEK (glede) (Panksepp, 2004, s. 51). Oversatt av Karterud (2021, s. 108).

<sup>17</sup> Jeg benytter meg at store bokstaver for primæremosjonene for å skille disse fra øvrige emosjoner, jamfør Karterud (2021).

signalstoffet som regulerer atferd ved positive eller negative opplevelser og regulerer motivasjon ved ting som har betydning for oss (Mørland & Waal, 2016, s. 60). Enkelte rusmidler, som amfetamin og kokain, stimulerer dette systemet og øker dopaminresponsen. Dette kan ifølge Karterud (2021) komme til uttrykk gjennom at man blir mer nysgjerrig, våken og utadvendt. Samtidig kan dette også øke trangen til å bruke mer av rusmiddelet, til tross for at belønningseffekten fra rusmiddelet vil synke etter gjentatt bruk. Som en konsekvens av økt toleranse, vil det frigjøres mindre dopamin i hjernen uten rusmiddelet, og personen vil oppleve å få senket stemningsleie og manglende lyst (Mørland & Waal, 2016, s. 35–38). Dopamin-utskillelsen kan gi økt rusmiddeltrang ved at det knyttes opp forventning om «belønning», og personer med rusmiddelavhengighet kan være ekstra følsomme for «drug cues and contexts» (Berridge & Robinson, 2016, s. 5). Ifølge Mørland og Waal (2016, s. 36) er denne langvarige nevroplastiske endringen et av de mest sentrale fenomenene for opprettholdelsen av rusmiddelavhengighet.

Dette er også et viktig perspektiv for musikkterapien ved at musikk kan fungere som en «cue», noe som kan føre til tilbakefall (Horesh, 2006). I musikkterapi med personer med rusmiddelavhengighet, er det derfor viktig med kjennskap til hvilken musikk som er triggende for den enkelte (Overå, 2013). Samtidig er dette også en mulighet ved at man kan jobbe i musikkterapien med bevissthet rundt dette og øve på hvordan man skal møte triggende musikk i hverdagen (Horesh, 2010).

#### 2.3.4 Selvfølelse og identitet

Videre kan opplevelse av selvverd og mestringskompetanse også ha en sentral betydning for avhengighet, ifølge Mørland og Waal (2016, s. 51–53). Rusmiddelbruken kan gjøre at individet devaluerer seg selv i forhold til ikke-brukende miljøer fordi personen ikke klarer kontrollere inntaket av rusmidler og er en «avviker» i forhold til normen. Dette kan igjen føre til at personen tar avstand til ikke-brukende miljøer. Omgivelsene rundt definerer personen som en «misbruker» og «kriminell», ved at man har krysset en kulturell og normativ grense. Gjennom rusmiddelbruken kan personen i stedet finne mestring og selvverd ved å bekrefte dette, og påta seg rollen som «narkoman». Samtidig kan personen finne tilhørighet til rusmiljøet, fordi vedkommende har opparbeidet sosialkompetanse der og befinner seg i en rolle som personen mestrer. *Selvfølelse* og *identitet* kan derfor gjøre det vanskelig å bryte opp fra livet som rusmiddelavhengig. Ifølge Mørland og Waal (2016, s. 53) kan det i behandling

være viktig å jobbe med å utvikle en aktivt mestrende funksjon i samfunnet ved at personen finner en attraktiv og meningsfull tilværelse, for eksempel gjennom kompetanseutvikling, utdanning og nye relasjoner. Her kan musikkterapien, gjennom musikkaktiviteter og fellesskap, tilby både mestringsopplevelser, motivasjon, utforsking av identitet og samvær med andre (Overå, 2013). Dette kan også knyttes til *recoveryperspektivet*, som skal vi se nærmere på i kapittel 2.4.

### 2.3.5 Sosiokulturell kontekst

Et aspekt som kan settes i sammenheng med dette, er betydningen av kontekst og miljø. Nesvåg (2012, s. 71) bruker betegnelsen *sosiokulturell avhengighet*, ettersom omgivelsene kan ha stor betydning for avhengighet. Ifølge sosiologen Ole-Jørgen Skog (2005, s. 161–166) kan både *ensomhet og svak innflytelse fra andre* eller *en subkultur med høyt rusmiddelforbruk*, ha betydning for avhengighet. Skog skriver at det er mer sannsynlig at en person som sosialiseres i en «fuktig<sup>18</sup>» kontekst, vil oppfostres til et høyere forbruk av rusmidler, sammenlignet med personer i en subkultur med lite rusmiddelbruk. Dette kan være lært i familien eller i miljøer utenfor familiekonteksten, som vennemiljø, arbeidsplass og i samfunnet generelt (Nesvåg, 2012). På den andre siden kan *isolasjon og ensomhet* også være faktorer for rusmiddelavhengighet, ved at miljøet i seg selv kan være regulerende for rusmiddelbruk. Har en person et begrenset nettverk, vil denne ifølge Skog (2005) ikke bli påvirket i like stor grad av miljøet rundt (uformell sosial kontroll). Dermed kan ensomhet og isolasjon også ha betydning for rusmiddelbruk og avhengighet, ved at en person kan bruke rusmidler som «selvmedisinering» på grunn av savn og manglende anerkjennelse fra mennesker rundt (Nesvåg, 2012). Dette kan føre til tilbakefall etter behandlingsopphold, fordi personen igjen finner seg alene og isolert, uten sosialt nettverk (O. J. Skog, 2005, s. 166). Musikkterapi kan møte disse kontekstuelle faktorene, både ved å tilby et regulerende fellesskap der musikken er i sentrum, et fellesskap hvor gruppesamhold og identitet skapes uten rusmiddelet (Fachner, 2010), samt et sted der det er mulig å uttrykke følelser og utvikle sosiale evner (Hohmann et al., 2017). Med kjennskap til både de fysiske, nevrologiske, psykologiske og kontekstuelle faktorene for rusmiddelavhengighet, er det nå naturlig å gå inn på hva *bedring* kan innebære for personer med rusmiddelavhengighet, nærmere bestemt *recoveryperspektivet*.

---

<sup>18</sup> Skog (2005, s. 161) bruker betegnelsen «wet environment».

## 2.4 Recoveryperspektivet

*Recoveryperspektivet* er en utvidet forståelse av hva bedring kan innebære for personer med rusmiddelavhengighet. For personer med alvorlig rusmiddelavhengighet kan målet om å bli «frisk» være en kronglete vei. Som vi så i forrige kapittel, kan konsekvensene av rusmiddelbruk sette seg i kroppen. Noen av virkningene kan henge igjen i årevis, og kanskje livet ut (Nesvåg, 2012). Derfor kan det være aktuelt å spørre: «Hvor mange mål må oppnås for å bli ansett som *recovered*?» (Slade et al., 2012, s. 1, min oversettelse).

Perspektivet om recovery oppstod allerede på 1960-70-tallet, som en reaksjon på datidens diagnosefokuserede forståelse av pasienter innen psykisk helsevern. Dette var i sammenheng med datidens strømninger og rettighetskamper (Solli et al., 2013). I dag er det blitt et utbredt perspektiv innen psykisk helsevern internasjonalt (Slade et al., 2012). Oppsummert er holdningen i recovery at «(...) pasienten ofte selv vet hva som er best for ham eller henne» (Bramness, 2021b, s. 6).

Her brukes den engelske betegnelsen *recovery*, fordi den ofte brukes i norsk sammenheng. Samtidig kan også andre betegnelser brukes, som tilfriskning, tilfriskningsprosess og bedringsprosess (Dahl, 2021, s. 69). Perspektivene som presenteres her er hovedsakelig hentet fra litteratur fra psykisk helse og rusmiddelfeltet. Disse kan samtidig overføres til musikkterapi fordi det handler om temaer som går på tvers av fagfeltene og bygger på mange av de samme grunnholdningene fra både humanistisk musikkterapi, ressursorientert musikkterapi<sup>19</sup> og samfunnsmusikkterapi (Solli, 2012, s. 23).

### 2.4.1 Personlig recovery

Den mest brukte definisjonen er utarbeidet av Anthony (1993, s. 527, min oversettelse).

Anthony definerer recovery som:

*«(...) dypt personlig og unik endringsprosess av holdninger, verdier, følelser, mål, evner og roller, hvor man lever et tilfredsstillende, håpefullt og deltakende liv på tross av de begrensninger som sykdommen forårsaker.»*

---

<sup>19</sup> Ressursorientert musikkterapi fokuserer på å styrke individets sterke sider og ressurser (Rolvjord, 2008).

Anthony vektlegger at en vellykket recoveryprosess ikke betyr fravær av lidelsen, men at individet i stedet finner ny mening og nye mål med livet, *på tross av lidelsen*. Recovery i denne sammenhengen kan betegnes som *personlig recovery*, ved at den fokuserer først og fremst på den individuelle prosessen knyttet til bedring (Solli et al., 2013). Selvbestemmelse og eierskap av *bedringsprosessen*<sup>20</sup> er viktig og handler ikke om en bestemt intervensjon, men «(...) alt det personen selv gjør for å håndtere ulike psykologiske og sosiale vansker og leve et meningsfullt liv» (Borg, 2009, «Bedringsprosesser og hverdagsliv»). Recoveryprosessen er noe som tar tid og kan ikke måles etter resultat (Borg, 2009).

#### 2.4.2 Klinisk recovery

Personlig recovery kan settes opp mot *klinisk recovery*, den medisinske forståelsen av tilfriskning der symptomer forsvinner og at man er tilbake til «det normale» (Slade, 2017, s. 12). Dette er en forståelse som vi kjenner igjen innen medisinske og psykoterapeutiske tradisjoner, hvor systematikk og diagnoser er viktig (Solli, 2012). Solli (2012, s. 24) trekker frem at mange med psykiske lidelser kan oppleve at medisinsk behandling ikke hjelper, og derfor kan oppleve å forbli en «feilmontert vare»<sup>21</sup>. Dette gjelder spesielt gjelder personer der de psykiske problemene øker gradvis gjennom livet. Samtidig utelukker ikke klinisk og personlig recovery hverandre (Solli, 2012, s. 26). Mange med rusmiddelavhengighet får god hjelp fra medisinsk behandling, blant annet legemiddelassistert behandling (LAR). Ifølge Haga (2021) får mange i LAR-behandling bedre livskvalitet selv om de ikke er fullt ut rusfrie, fordi skadevirkning av opioidavhengighet blir mindre. Haga (2021, s. 334) påpeker samtidig at det også er viktig å fortsette målet om reell rehabilitering, ved å opparbeide meningsfylt aktivitet i hverdagen og etablering av rusfrie nettverk. Her kan for eksempel tilbud om musikkterapi, spille en viktig rolle.

#### 2.4.3 Sosial recovery

Forståelsen av recovery har frem til nå handlet om den personlige bedringsprosessen. Borg (2009) mener en slik forståelse er altfor individualistisk. Et individ er ikke isolert fra sin kontekst, og hun ønsker derfor en mer kontekstuell forståelse av hva bedringsprosesser kan innebære. Og ifølge Karlsson og Borg (2017) må de utfordringene individet står i forstås i lys av relasjoner og sosiale kontekster. Det er derfor også nødvendig å sette søkelys mot miljø og

---

<sup>20</sup> Borg bruker bedringsprosess som begrep for recoveryprosessen

<sup>21</sup> Sitat fra Viktoria, forskningsinformant i Sollis PhD-studie, hentet fra Solli (2012, s. 23).



levetår og det som hindrer personens deltakelse i samfunnet. Fokus på disse aspektene vil kunne bidra til å motarbeide marginalisering og fremme sosial integrering. Her kan alt fra bolig, økonomi, aktiviteter, arbeid og relasjonelt nettverk involveres i recoveryprosessen. Også tilhørighet og fellesskap er sentralt i sosial recovery (Karlsson & Borg, 2017, s. 100).

#### 2.4.4 Recoveryprosesser

For å oppsummere hva recovery kan innebære, brukes ofte akronymet CHIME. Dette ble utarbeidet av Leamy et al. (2011), basert på en systematisk gjennomgang av 97 artikler om hvordan recovery beskrives i forskningen. Ifølge forskerne er det fem «recovery prosesser» (2011, s. 448)<sup>22</sup>: Tilhørighet (*connectedness*), håp og fremtidsoptimisme (*hope and optimism about the future*), identitet (*identity*), mening med livet (*meaning in life*) og myndiggjøring (*empowerment*).

Samtidig mener enkelte at CHIME ikke er dekkende for hva recovery innebærer. Stuart et al. (2017) mener CHIME er for optimistisk ved at akronymet overser viktige deler av en recoveryprosess. Ifølge Stuart et al. må også *utfordringer*, for eksempel økonomiske eller tilbakefall til rusmiddelbruk, inkluderes som et aspekt i recoveryprosessen.

Recoveryperspektivet er også kritisert for at perspektivet kan misbrukes som en mulighet til å kutte i tjenestemidler, ved at individet tillegges ansvaret for egen recoveryprosess, og dermed skal trenge mindre bistand fra hjelpeapparatet (Karlsson & Borg, 2017).

Likevel er recovery et viktig perspektiv i møte med personer med rusmiddelavhengighet, fordi det fokuserer på de sidene ved personen som fremdeles er friske. Som nevnt, har recoveryperspektivet mye til felles med både humanistisk-, ressursorientert- og samfunnsmusikkterapi (Solli, 2012). Dette kommer blant annet frem i en metasyntesen av Solli et al. (2013, s. 244, min oversettelse), der deltakere i musikkterapi uttrykker at de «har det moro», «er sammen med andre», «føler» og «er noen» i musikkterapien. Ifølge Solli et al. kan alle disse erfaringene knyttes til prinsippene i recovery. Derfor mener Solli et al. at musikkterapi bidrar til en personlig og sosial recoveryprosess.

---

<sup>22</sup> Solli (2012, s. 29) oversetter disse til: tilhørighet, håp og fremtidsoptimisme, identitet, mening med livet og empowerment.

Sentralt i en recoveryorientert musikkterapi, er samarbeid og brukermedvirkning. Dette er en forutsetning for en recoveryorientert praksis generelt, og vil styrkes gjennom å fremheve brukerstemmen og brukerperspektivet (Dahl, 2021). Ifølge Solli et al. (2013) må en recoveryorientert musikkterapi bygge på eksisterende recoveryforskning, samt at videre musikkterapiforskning må utforske brukerperspektivet relatert til musikkterapi. I tråd med dette, er brukerperspektivet noe som også vektlegges i denne oppgaven.

## 2.5 Musikkterapi i møte med rusmiddelavhengighet

Til slutt i dette kapitlet, presenteres noen sentrale perspektiver fra musikkterapien knyttet til det som skjer i det terapeutiske (musikk)rommet. Disse perspektivene er mer generelle for musikkterapi, men har også relevans i møte med personer med rusmiddelavhengighet. I denne delen brukes begrepene *musikkterapeut* og *klient*, fordi det er begreper som ofte brukes i omtale av det som skjer i den musikkterapeutiske relasjonen, deriblant av Bruscias (2014, s. 36) i hans definisjon av musikkterapi nevnt i innledningen.

### 2.5.1 Den musikkterapeutiske relasjonen

Et av de sentrale elementene i Bruscias musikkterapidefinisjon, er *relasjonen(e)* som skapes gjennom i musikkterapien. Denne relasjonen er et sentralt kjennetegn for musikkterapi og noe av det som skiller musikkterapi fra musikkmedisin (Trondalen & Bonde, 2012). Samtidig, er det ifølge Brusica skapes det flere typer relasjoner i musikkterapien, enn kun den mellom musikkterapeut og klient. Ifølge Brusica knyttes det også relasjoner *i* og *til* musikken, til *hverandre* i musikken, og i relasjon til *øvrige aspekter i konteksten*, for eksempel personlig historie, verdier og omgivelser (Bruscia, 2014, s. 121–123). Det er dette som kjennetegner den musikkterapeutiske relasjonen. Her kommer *intersubjektivitet* inn som et sentralt fenomen. Gro Trondalen beskriver intersubjektivitet som en erfaring av at «jeg vet at du vet jeg vet» og «jeg føler det du føler» (2016, s. 13–14, min oversettelse). Fenomenet er helt sentralt for å knytte en empatisk relasjon i terapi. Ifølge Trondalen kan slike intersubjektive øyeblikk være helende og gi rom til å erfare og utforske nye følelser. I tillegg er det å være til stede «her-og-nå» er premiss for å kunne etablere intersubjektivitet.

Ifølge Trondalen (2016, s. 15–16, 2019, s. 3) er det fire ulike former for intersubjektivitet:

1) *Primær intersubjektivitet*: Dette er den umiddelbare, nære opplevelsen av felles oppmerksomhet, ansikt til ansikt, hvor det skjer en emosjonell synkronisering og regulering,

gjennom imitasjon og *kryssmodal utveksling*<sup>23</sup>. 2) *Sekundær intersubjektivitet*: Skjer når musikkterapeut og klient deler oppmerksomhet mot et objekt utenfor seg selv, samtidig som den enkelte er bevisst interaksjonen med hverandre og at den enkelte er en aktiv medskaper i begges intrapersonlige og interpersonlige verden. 3) *Tertiær intersubjektivitet*: Skjer når kommunikasjonen gjøres gjennom symboler, verbal deling, narrativ og integrasjon av affekter. Her kan lek for eksempel være en sentral del av den intersubjektive delingen. 4) *Tertiær intersubjektivitet av annen orden*: Følelser, intensjoner og tanker bevisstgjøres både for en selv og deles med den andre (mentaliserings). Her er det rom for å reflektere og tenke på seg selv, utenfor «her og nå».

Ifølge Trondalen eksisterer alle disse nivåene i den musikkterapeutiske relasjonen. Det er denne som legger grunnlag for utvikling av nye, subjektive opplevelser og andre måter å relatere til andre på. Det er også i den intersubjektive relasjonen at terapeutisk endring kan skje i musikkterapien. Samtidig skjer ikke dette kun gjennom verbal kommunikasjon. Det kan også skje *i selve musikken*.

### 2.5.2 Den terapeutiske musikken

*Musikken* er det andre sentrale terapeutiske aspektet i musikkterapi. Ifølge Ruud (1997, 2017) kan musikk være helsefremmende<sup>24</sup> ved at den tilbyr opplevelse av *vitalitet, og mulighet til å bli bevisst og uttrykke egne følelser*. Musikk kan ifølge Ruud tilby mulighet til å oppleve og bli bevisst egne følelser, nyansere og tolerere følelsene, og ikke minst får mulighet til å uttrykke egne følelser i musikken. Dette kan utvikle seg til en grunnleggende opplevelse av *vitalitet* og trygghet. Vitalitet defineres av Ruud som en kombinasjon av spontanitet og refleksivitet. Det motsatte vil ifølge Ruud være manglende evne til å bære egne følelser, eller undertrykkelse av følelser og non-verbale signaler. Dette kan igjen hindre relasjon og kommunikasjon.

Ifølge Ruud kan musikk også gi *handlingskompetanse* ved at personen kan få erfaring av økt kompetanse, måloppnåelse, mestring og myndiggjøring, noe som også kan ha betydning for selvfølelse og andre aspekter i livet. Ruud skriver at dette også kan ha betydning for sosialkompetanse og opplevelse av å være «noen» (1997, s. 94). I sammenheng med dette,

---

<sup>23</sup> Å matche den andres affekt gjennom en annen modalitet enn den originale (Trondalen, 2016, s. 52).

<sup>24</sup> Ruud kaller musikk et kulturelt *immunogen* (Ruud, 2017, s. 589). I denne sammenhengen setter jeg likhetstegn mellom Ruuds forståelse av musikk som helsefremmende og min forståelse av musikk som terapeutisk.

kan musikken ifølge Ruud også gi opplevelse av *tilhørighet*. Musikk kan for eksempel gi tilgang til et sosialt fellesskap, både gjennom konkrete relasjoner og som en del av en større historisk, geografisk og kulturell helhet. Et siste helsefremmende aspekt er ifølge Ruud at musikk kan gi *mening og sammenheng i tilværelsen*, uavhengig andre livsbetingelser som psykisk sykdom og smerte. Musikk kan gi en opplevelse av at det er «noe mer», og emosjonelle opplevelser i musikken kan hjelpe individet til å integrere og formulere minner gjennom metaforer og personlige narrativ. Perspektivet om *identitet* gjennomsyrrer alle disse fire aspektene av musikkens terapeutiske funksjoner. Ifølge Ruud (2017, s. 589) er musikken identitetsskapende i fire dimensjoner: *fortid, fremtid, i indre refleksjon og i ekstern relasjon*.

Den musikkterapeutiske relasjonen kan altså fungere terapeutisk i form av den intersubjektive relasjonen som knyttes mellom musikkterapeut og klient(er), tillegg til den relasjonen som knyttes i musikken og de helsefremmende faktorene som finnes der. I dette kapitlet har vi også sett hvilke mekanismer som kan ligge bak en rusmiddelavhengighet, hva bedring kan innebære for personer med rusmiddelavhengighet, samt utdrag av det som finnes av forskning på musikkterapi innen rusmiddelfeltet. Alt dette legger et godt grunnlag for å kunne forstå hvordan personer med rusmiddelavhengighet opplever musikkterapi, noe som vi vil gå nærmere inn på i de neste kapitlene i syntesen av de syv rapportene. Først skal vi se på hva metoden mixed method-syntese innebærer.

### 3 Metodekapittel

I problemstillingen spørres det om deltakernes *tilfredshet* og *erfaring* med musikkterapi. Dette er begreper som er valgt ut med hensyn til det kvantitative og kvalitative datamaterialet i rapportene, der tilfredshet viser til de kvantitative graderingene og erfaring viser til deltakernes sitater. Selv om dette er ulike datatyper, er begge to aspekter av deltakernes opplevelse av musikkterapi som helhet. For å svare på problemstillingen, integreres disse datatypene i en *mixed method-syntese*. Dette er en kompleks metode, som innebærer både *kvantitativ metaanalyse*, *kvalitativ metasyntese*, samt *mixed method-syntese*. Ved å mikse både tall og tekst i en syntese, kombineres to «motpoler» innen vitenskapsfilosofien. Derfor er det nødvendig å gå nærmere inn på dette nå.

#### 3.1 Vitenskapsfilosofisk utgangspunkt

Kombinasjon av ulike datatyper, med tilhørende virkelighetsforståelser, er debattert mye innen mixed method-forskningen. Retninger som ofte settes opp mot hverandre, er postpositivismen og konstruktivismen (Bradt et al., 2013). Disse bygger på ulike *ontologi*, det vil si hva som er virkelig og tingenes sanne natur, *epistemologi*, hva som er virkelig kunnskap og hvordan man kan oppnå den, *aksiologi*, hvilken etikk og verdier som forskningen bygger på, og *metodologi*, de prosedyrene som brukes for å komme frem til kunnskapen (Creswell & Plano Clark, 2011, s. 41).

Den *postpositivistiske* virkelighetsforståelsen bygger på en *positivistisk* tradisjon, hvor vitenskapelig kunnskap bygger på det som observeres og registreres, gjennom positiv verifisering av hypoteser (Drageset & Ellingsen, 2009). Den vitenskapelige kunnskapen anses her som absolutte sannheter (Hiller, 2016). Samtidig anerkjenner postpositivismen at vår kunnskap om verden er begrenset og vil stadig være i utvikling. Vår forståelse av sannheten vil endres i takt med ny kunnskap, og observasjoner vil påvirkes av eksisterende kunnskap, teori og verdier (Bradt et al., 2013). Det kvantitative datamaterialet i rapportene kan settes inn i en postpositivistisk tradisjon.

En *konstruktivistisk* virkelighetsforståelse bygger ikke på én objektiv virkelighet, men vektlegger at virkeligheten er subjektiv og konstruert gjennom at individet interagerer med verden (Bradt et al., 2013). Konstruktivismen vektlegger fortolkning av et fenomen med mål om å *forstå*, heller enn å forklare (Hiller, 2016), og forståelsen påvirkes av sosial kontekst,

verdier og personlig historie. Derfor blir fortolkningene mangfoldige (Bradt et al., 2013). Det kvalitative materialet i rapportene kan settes inn i en konstruktivistisk sammenheng.

Det er ulike meninger om hvorvidt disse filosofiene kan kombineres i mixed method eller ei. Enkelte mener man må velge ett «beste» paradigme gjennom hele forskningen, mens andre mener det går fint å bruke flere typer paradigmer om hverandre så lenge forskeren tydeliggjør dette. Et tredje syn mener at valg av paradigme kan endres i løpet av forskningen, basert på forskningsdesignet og hvor man er i prosessen (Creswell & Plano Clark, 2011, s. 43–55).

Denne oppgaven plasseres i den første gruppen, fordi ett paradigme vil gjennomsyrrer hele oppgaven. Likevel anerkjennes begge de overnevnte paradigmene og vil støtte gjennomføringen av syntesen, alt etter hvilken metode som brukes. Likevel mener jeg pragmatismen klarer å forene disse metodene på en god måte, fordi begge datatypene i rapportene kan gi kunnskap om samme fenomen, bare på ulike måter. Under vil jeg redegjøre for hvorfor.

### 3.2 Pragmatisme

Flere argumenterer for at *pragmatismen* er et godt vitenskapsfilosofisk grunnlag for mixed method (Feilzer, 2010; Johnson et al., 2007; Meadows & Wimpenny, 2016). Pragmatismen ble utviklet på slutten av 1800-tallet av Charles Sanders Peirce og William James, og videreutviklet av Herbert Mead og John Dewey (Stølen, u.å.). I pragmatismen anses forskningsspørsmålet som viktigere enn metode og filosofi, og spørsmål om sannhet og virkelighet må forlates til fordel for det som *fungerer i praksis*<sup>25</sup> (Creswell & Plano Clark, 2011, s. 43). Biesta (2010), som bygger på John Deweys filosofi, mener pragmatismen må betraktes som et filosofisk verktøy som kan brukes for å adressere et problem uten at det blir et nytt system. Ifølge Biesta er det unødvendig å diskutere om forskning er kvalitativ *eller* kvantitativ, med fokus på virkelighetssyn, formål og politikk. Han mener i stedet at man trenger en helhetlig forståelse der egenskapene til datatypene er viktigst. Ifølge Biesta er pragmatismen først og fremst en *epistemologi*, altså *hvordan kunnskap oppnås og hva kunnskap er*.

---

<sup>25</sup> «what works»

### 3.2.1 Hvordan kunnskap oppnås

Sammenlignet med kvalitativ og kvantitativ forskning, som har et mer «svart-hvitt»-syn på hvordan kunnskap oppnås, er pragmatismen ifølge Biesta ikke-dualistisk og setter et annet premiss: Organismens opplevelse er vevd inn i omgivelsene, ikke utenfor den (til forskjell fra postpositivismen). Organismen handler i sammenheng med egen struktur mot omgivelsene. Omgivelsene reagerer på organismens aktivitet og organismen erfarer konsekvensene av egen atferd. Kunnskap oppnås ifølge Biesta ved å forstå *relasjonen* mellom handling og konsekvens. Kunnskap kan med dette også gi kontroll over handlinger og omgivelsene.

### 3.2.2 Hva er kunnskap?

Ifølge Biesta ser pragmatismen på *alle opplevelser som likeverdige*, fordi de er interaksjoner mellom levende organismer og omgivelsene. Det som er opplevd er ekte, og alle opplevelser er like ekte. Samtidig kan opplevelsene være ulike, fordi man opplever fra forskjellige standpunkt. En enkelt opplevelse gir ikke kunnskap, men en *bit* av kunnskap. Kunnskap skapes når disse bitene settes sammen.

### 3.2.3 Pragmatismen som grunnlag for syntesen

Sett i sammenheng med denne oppgaven, kan pragmatismen brukes som argument for at de ulike datatypene kan integreres i én og samme syntese ved at begge datatyper har egenskaper som er nyttige for å besvare problemstillingen. De kvantitative dataene kan gi én type informasjon: tilfredshet på en skala fra 1 til 10. Og de kvalitative dataene kan utfylle disse ved å gi detaljert beskrivelse av deltakernes opplevelse av musikkterapitilbudet.

Tilfredshet og erfaring er ikke enten-eller, men to ulike egenskaper av *samme* opplevelse (bite av kunnskap). Kunnskapen som kommer frem i rapportene er basert på deltakernes interaksjoner med omgivelsene og de erfaringer de har gjort ut fra dette. Deltakernes opplevelser kan anses som likeverdig gyldige, og hver stemme kan gi en bit av kunnskap til en større forståelse av musikkterapi med målgruppen. Hver opplevelse er en bit av et større bilde. Når disse bitene settes sammen i syntesen, kan vi få et mer helhetlig bilde av deltakernes opplevelse. Her kommer også perspektivet om brukerstemmer inn, i tråd med recoverytankegangen.

Oppgaven har en *abduktiv* tilnærming, der teori og empiri gjensidig bygger på hverandre (Postholm & Jacobsen, 2018). Med andre ord, fargelegges syntesen og fortolkningen av resultatene av min teoretiske forståelse, samt at resultatene fra syntesen vil påvirke de teoretiske perspektivene som inkluderes i oppgaven. Begrepene *fortolkning* og *forståelse* er også sentrale begreper i *hermeneutikken*. Dette vil jeg gå nærmere inn på nå.

### 3.2.4 Hermeneutikk

Hermeneutikk er en filosofisk tradisjon som fokuserer på hvordan vi forstår og fortolker verden. Som vitenskapsfilosofi, handler dette først fremst fortolkning av tekstlig materiale (Thornquist, 2003). Uten å gå for dypt inn i hva hermeneutikken handler om, er hovedpoenget fra denne retningen at man som forsker fortolker det man forsker på. Fortolkningen skjer i en vekslingsprosess mellom teksten og leserens subjektive fortolkning, i en «hermeneutisk sirkel»<sup>26</sup>. De to mest kjente hermeneutiske sirklene er vekslingen mellom *del – helhet*, der teksten må forstås i lys av helheten den står i, og helheten må forstås ut av delene den består av. Og vekslingen mellom *forforståelse – ny forståelse*, der forskeren har med seg sin forforståelse i tolkningen av teksten, og får ny forståelse gjennom å fortolke teksten. Dette gir igjen gir ny forforståelse (Johansson, 2016). Forforståelse er sentralt i forskning, og i arbeid med denne oppgaven vil min forforståelse påvirke både utvelgelse av teori, samt analyse og fortolkning av datamaterialet. Derfor vil jeg redegjøre for denne i forkant av analysen, slik at leseren vet hvilke «briller» jeg fortolker med.

### 3.2.5 Forforståelse

Jeg har personlig jobberfaring med målgruppen og dette vil fargelegge min forståelse av materialet og mitt inntrykk av hvem «deltakerne» er. Jeg har med meg ansikter og historier fra denne erfaringen, og de fleste som jeg har møtt i jobbsammenheng, er personer som har levd et hardt liv «på gata». Samtidig vet jeg at dette ikke er representativt for alle som er i behandling for avhengighet. Dette er noe jeg ønsker å være bevisst i min fortolkning av materialet.

I forkant av denne oppgaven, har jeg også fordypet meg i perspektiver knyttet til avhengighet, samt at jeg har med meg teoretiske perspektiver fra musikkterapeutisk litteratur. Dette vil uten

---

<sup>26</sup> Begrepet *sirkel* kan samtidig gi assosiasjon av at man går i ring, uten å komme videre. Et annet begrep som brukes er *spiral*, fordi det antyder en vedvarende *fordypning* og dypere innsikt (Thornquist, 2003, s. 143).



tvil påvirke hvordan jeg fortolker materialet og hvilke perspektiver jeg har valgt ut som relevante for teorikapittelet. I tillegg er det sannsynlig at jeg er påvirket av musikkterapeutiske holdninger og at min forståelse i stor grad er fargelagt av *humanistisk musikkterapi*. Dette påvirker både hva jeg anser som er «god behandling», hvordan musikk virker, og mine holdninger til klienten(e).

Både forforståelsen og de vitenskapsfilosofiske perspektivene vil påvirke syntesen og tolkningen av resultatene. Nå vil jeg gå nærmere inn på hva mixed method-syntese innebærer, der både kvantitativ metaanalyse, kvalitativ metasyntese er inkludert. Først presenteres noen generelle betraktninger knyttet til metoden.

### 3.3 Mixed method-syntese

Mixed method-syntese bygger på samme prinsipper som øvrige mixed method-primærstudier, ved at forskeren:

*1) Samler og analyserer kvalitative og kvantitative data, basert på forskningsspørsmål og hypoteser 2) Mikser to former for data og resultatene deres. 3) Organiserer prosedyrene til et spesifikt forskningsdesign. 4) Setter disse prosedyrene inn i en teoretisk og filosofisk ramme.* (Creswell & Plano Clark, 2011, s. 5, min oversettelse)

Til forskjell fra en primærstudie, der man kombinerer kvalitative og kvantitative primærdata, vil man i en mixed method-syntese kombinere allerede publisert forskning (Meadows & Wimpenny, 2016; Sandelowski et al., 2006). I denne oppgaven kombineres rapporter med kvantitative og kvalitative data, i en kvantitativ metaanalyse og en kvalitativ metasyntese, som igjen integreres i en mixed method-syntese<sup>27</sup>.

#### 3.3.1 Begrepsavklaring

Begrepet *Mixed method* brukes om forskning der man kombinerer elementer fra kvalitative og kvantitative metoder med mål om en bredere og dypere forståelse (Johnson et al., 2007, s. 123). På norsk kan begreper som triangulering, metodetriangulering, flermetodisk tilnærming og multimetodisk tilnærming også brukes (Lappegard, 2017). Likevel er det den engelske betegnelsen mixed method som brukes i denne oppgaven, fordi denne også brukes i norsk

---

<sup>27</sup> Betegnes senere som *kryss-syntese*.

sammenheng, deriblant i Tone Sæther Kvamme sin PhD om musikkterapi med demensrammede (2013).

En *mixed method-syntese* kan ses på som en form for systematisk gjennomgang basert på prinsippene fra mixed method (Heyvaert et al., 2013). Selve begrepet *syntese* viser til sammenfatning eller forbindelse av enheter til en større helhet (Store norske leksikon, 2020). Ved å kombinere studier med ulike datatyper i samme syntese, kan man få en dypere og bredere forståelse av et forskningsspørsmål, sammenlignet med å bruke kun én type studier (Harden & Thomas, 2010).

### 3.3.2 Styrker og svakheter med metoden

Det er både fordeler og ulemper ved å gjøre en mixed method-syntese. Ved å kombinere ulike typer datamateriale, vil man kunne utnytte styrkene og komplementere svakhetene fra begge metoder (Heyvaert et al., 2013). Slik kan man få en mer fullstendig og nyansert forståelse av et komplekst forskningsspørsmål, sammenlignet med én metode alene. En kvalitativ metasyntese kan for eksempel ikke bevise om en intervensjon virker eller ei, men den kan utdype *hvorfor* den virker, og en kvantitativ metaanalyse ikke gi dybdeinformasjon om et fenomen, men gi innblikk i hvor effektiv en intervensjon er og om funnene kan generaliseres til en større populasjon (Harden & Thomas, 2010). I tillegg kan man i en syntese benytte seg av en større datamengde, sammenlignet med en primærstudie (Heyvaert et al., 2011). I en mixed method-syntese kan man adressere både *hva som fungerer* (kvantitativt), *hvordan* og *når det fungerer* (kvalitativt) i én og samme studie (Kavanagh et al., 2012, s. 113).

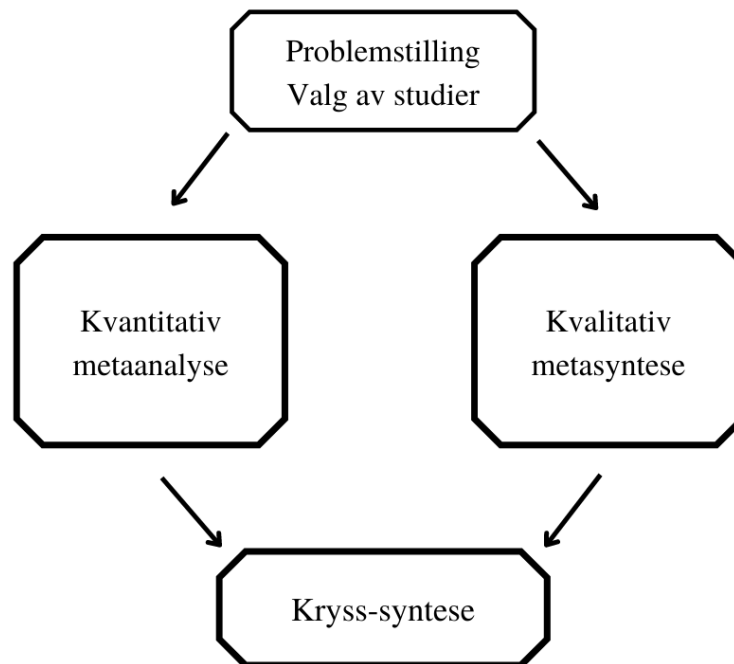
En mixed method-syntese er begrenset sammenlignet med en primærstudie, fordi man må basere seg på materiale fra allerede publiserte studier. Dette gjør at man får stor avstand til primærkilden, med begrenset kunnskap om kontekst, og uten mulighet til å innhente supplerende rådata (Heyvaert et al., 2011). I tillegg kan denne kombinasjonen være utfordrende, ettersom man som nevnt må kombinere data som bygger på forskjellige virkelighetsforståelser (Heyvaert et al., 2013).

## 3.4 Forskningsdesign

Helt konkret kan en Mixed method-syntese deles inn syv steg:

- 1) *identifisering av problem, utforming av problemstilling,*
  - 2) *utvikling av protokoll (inkludjonskriterier, kvalitetsvurdering mm.) og litteratursøk*
  - 3) *valg av passende design og metode*
  - 4) *data-ekstraksjon og evaluering*
  - 5) *analyse*
  - 6) *tolkning*
  - 7) *presentasjon og diskusjon av funn*
- (Heyvaert et al., 2013, «Implementing MMRS»).

Man kan bruke ulike kvalitative og kvantitative synteseteknikker, for eksempel metaanalyse, grounded theory, metaetnografi og tematisk analyse (Heyvaert et al., 2011). I denne oppgaven vil jeg benytte meg av metaanalyse av de kvantitative dataene, og tematisk syntese av de kvalitative dataene. Videre er syntesen basert på et *segregert design*, hvor de kvalitative og kvantitative studier analyseres hver for seg, før miksingen skjer (Sandelowski et al., 2006).



*Modell 1. Inspirert av Harden og Thomas (2010)*

Som modellen viser, består mixed method-syntese av tre synteser: en kvantitativ og en kvalitativ syntese, og til slutt en kryss-syntese, hvor resultatene fra disse mikses. Nå vil jeg

redegjøre for de ulike syntesene, før jeg tar fatt i selve syntesen av Korus-rapportene i neste kapittel.

### 3.5 Kvantitativ metaanalyse

*Kvantitativ metaanalyse* er betegnelse for en metode der man oppsummerer kvantitative resultater fra flere enkeltstudier (Smedslund, 2013). Målet med metoden er å kombinere effektstørrelser fra primærstudier for å besvare ett forskningsspørsmål (Bradt, 2016). I en metaanalyse benyttes statistiske metoder for å regne ut et felles estimat, noe som kan øke den statistiske styrken for å vise en effekt i en intervensjon (Norderhaug et al., 2012). Metaanalyse er en to-steps prosess der man først summerer effektstørrelse for hver primærstudie, før man videre regner ut et vektet gjennomsnitt av disse (Bradt, 2016).

«Effektstørrelsene» i Korus-rapportene, er gjennomsnittsverdiene fra deltakernes gradering av tilfredshet og opplevd nytte av musikkterapien. Deltakerne har gradert tilfredshet i en skala fra 1-10, såkalt ordinalnivå (Aarø, 2007), og forfatterne har summert gjennomsnittet av disse. I rapportene presenteres kun ordinært gjennomsnitt, uten informasjon om laveste og høyeste score<sup>28</sup>. Metaanalysen er derfor enklere enn en ordinær metaanalyse, hvor man gjerne har tilgang til mer informasjon fra de ulike studiene, for eksempel spredningsmål som standardavvik<sup>29</sup>, noe som gjør denne metaanalysen noe mindre presis.

Målet med metaanalysen er å samle funnene fra de ulike studiene (Bradt, 2016). Samtidig er det skjevhet i utvalgsstørrelsene, og dette må tas høyde for. Skjevheten i utvalgene kan gjøre at en mindre studie vil være mindre pålitelig sammenlignet med en større studie. Derfor er det nødvendig å regne ut *vektet gjennomsnitt*, for å korrigere for skjevheten i utvalgsstørrelse (Cramer & Howitt, 2004a; Everitt, 2006). I tillegg blir også uvekted gjennomsnitt av rapportenes gjennomsnitt regnet ut.

For å vise spredningsmålet mellom gjennomsnittsverdiene, beregnes et *konfidensintervall* (KI) for hvert spørsmål i metaanalysen. Konfidensintervall beskriver størrelsen av *usikkerheten* knyttet til estimatet (Meadows, 2016). Estimaten i denne sammenhengen er det

---

<sup>28</sup> Med unntak av Kielland og Selbekk (2019), som redegjør for høyeste og laveste score, i tillegg til gjennomsnitt.

<sup>29</sup> Gjennomsnittsavstand av målingene i forhold til gjennomsnittet (Cramer & Howitt, 2004c)

*uvektede* gjennomsnittet<sup>30</sup>. Dette gjennomsnittet er kun basert på et utvalg fra en populasjon, og vi kan derfor ikke si hvor det «ekte» gjennomsnittet befinner seg i en faktisk populasjon (Cramer & Howitt, 2004b). Konfidensintervallet viser oss hvor det er sannsynlig at det faktiske gjennomsnittet ligger, her valgt 95% sannsynlighet. 95 % er teoretisk valgt tall som viser at hvis man gjør samme målinger 100 ganger, antar man at målingen i gjennomsnitt vil ligge innenfor det beregnede intervallet 95 ganger (Høiseth, 2020). Antall i utvalget vil ha betydning for størrelsen på konfidensintervallet. Jo større antall som inkluderes, jo nærmere vil målingen være populasjonen som helhet. Konfidensintervallet vil da være smalere (Yang, 2010). Utregningen av konfidensintervallene gjøres i Excel.

### 3.6 Kvalitativ metasyntese

I andre del av syntesen, blir sitatene i rapportene analysert i en *kvalitativ metasyntese*. Kvalitativ metasyntese er en metode som brukes for å sammenfatte primærstudier med kvalitativt materiale (Malterud, 2017). Målet med en kvalitativ metasyntese er ikke å finne «sannhet», men å utvikle ny kunnskap, og gi en mer omfattende og integrert forståelse av et forskningsspørsmål som den enkelte studie ikke har mulighet til alene (Thorne, 2017). En kvalitativ metasyntese vil altså ikke kunne sette to streker under svaret, som at X antall personer mente det samme, men gi en rik beskrivelse av et fenomen. I en kvantitativ metaanalyse tar man utgangspunkt i effekt og resultater. I en kvalitativ syntese derimot, er dette mindre definert. Ifølge Harden og Thomas (2010) brukes både tema, teorier, fortolkninger og narrativ i en syntese, og disse kan opptre på ulike steder i en studie. En kvalitativ metasyntese kan være et konstruktivt bidrag til beslutningstagere og praksisfeltet, ved at man samler og øker tilgjengeligheten av viktige perspektiver, inkludert brukerstemmer (Thomas & Harden, 2008). I denne syntesen brukes deltakernes direkte sitater for å være så tett som mulig opp til brukerperspektivet, i tråd med recoverytankegangen (Solli et al., 2013, s. 249).

### 3.7 Kryss-syntese

I den siste del av mixed method-syntesen, vil funnene fra metaanalysen og metasyntesen integreres i en *kryss-syntese*<sup>31</sup>. I denne delen er målet å identifisere sammenhenger og

---

<sup>30</sup> På grunn av det kun presenteres gjennomsnittverdier i rapportene, kan jeg ikke lage konfidensintervall av det *vektede* gjennomsnittet.

<sup>31</sup> Oversatt fra cross-study synthesis (Harden & Thomas, 2010)

eventuelle mangler fra de ulike datatypene (Kavanagh et al., 2012). Resultatene fra de to foregående syntesene adresserer ulike aspekt ved deltakernes opplevelse av musikkterapi.

Jeg anser datatypene som *konfigurerende*<sup>32</sup> og *komplimenterende* (Sandelowski et al., 2006, s. 7). Sagt med andre ord: to ulike sider av samme helhet som utfyller hverandre, i tråd med den pragmatiske holdningen. Derfor skal ikke resultatene reduseres, men heller organiseres inn i en sammenhengende helhet. Jeg vil snart gå gjennom hvordan jeg gjennomførte hele syntesen, men først vil jeg trekke inn noen etiske refleksjoner knyttet til denne oppgaven.

### 3.8 Forskningsetikk

Datamaterialet for oppgaven er basert på eksisterende materiale. Og selv om jeg ikke har intervjuet deltakerne direkte, er det nødvendig med etisk bevisst holdning til arbeidet som gjøres i denne oppgaven. Det er ikke nødvendig å diskutere anonymitet og samtykke, fordi rapportene allerede er publisert. Forfatterne redegjør for at de har vært nøye med anonymisering av intervjuene og opplyst deltakerne om mulighet for å trekke seg fra rapporten. De etiske aspektene handler her om å gjengi rapportene og deltakernes sitater riktig og nyansert. Dette er spesielt viktig ettersom det er stor avstand til primærkilden, og at jeg fortolker allerede fortolket materiale. For å være så transparent som mulig, vil jeg i analysen redegjøre for alle valg som gjøres. I tillegg forsøker jeg å holde meg så nær brukerstemmen som mulig, blant annet ved bevisst bruk av koder i analysen.

Et annet etisk aspekt i denne oppgaven, er bruk av begreper. Dette er særlig viktig med tanke på at tematikken er knyttet til en gruppe som ofte opplever stigma. Som redegjort for i kapittel 1.3, er flere av begrepene bevisst valgt med tanke på dette.

I tillegg vil jeg understreke at rapportene i denne syntesen ikke er utført av forskere som har fulgt en bestemt metodikk eller har gjort grundige refleksjoner knyttet til innhenting av empiri. Dette gjelder særlig den kvantitative delen, hvor mye informasjon knyttet til tallene mangler. Også de kvalitative dataene har noen metodiske svakheter som påvirker resultatet. Dette vil jeg gå nærmere inn på i kapittel 4.4. Rapportenes begrensninger vil nødvendigvis også være et stort etisk forbehold for denne forskningen, og er noe som må understrekes i formidlingen av resultatene. I tillegg vil dette være et etisk ansvar i videreformidlingen av

---

<sup>32</sup> «(...) en gjenstands ytre form, måten den er sammensatt av flere deler på» (Nilstun, 2018, s. «konfigurasjon»)

denne studiens resultater i etterkant. For selv om resultatene viser seg å være gode, betyr ikke dette at det kan settes to streker under svaret. Dette vil kun være et signal og en anbefaling for videre forskning innen musikkterapien. Nå vil jeg gå nærmere inn på hvordan jeg har gjennomført analysen konkret.

## 4 Analyse

En mixed method-syntese er som nevnt en form for systematisk oversikt basert på prinsippene fra mixed method (Heyvaert et al., 2013). I første del presenteres rapportene som er datamaterialet i syntesen, før vi går inn i den kvantitative metaanalysen, den kvalitative metasyntesen og til slutt kryss-syntesen av resultatene fra de foregående syntesene. Først er det nødvendig å redegjøre for hvorfor disse rapportene er valgt til syntesen, jamfør punkt 2 i oversikten i kapittel 3.4.

### 4.1 Valg av rapporter

Rapportene er strategisk utvalgt som primærstudier for syntesen med følgende kriterier:

- 1) *Norsk kontekst*
- 2) *Brukt lignende intervjuguide*
- 3) *Musikkterapi for personer i rusbehandling*

Disse kriteriene ekskluderer alle andre studier på musikkterapi med målgruppen i norsk sammenheng, inkludert Korus-rapporten fra Kjersti Johansson (2019). Hun har brukt samme intervjuguide som de øvrige Korus-rapportene, men har gjort en undersøkelse av et musikkterapitilbud for ungdom, i regi av Oslo kommune. Ettersom tilbudet først og fremst er et *rus-forebyggende* tiltak, inkluderes denne rapporten ikke i syntesen.

### 4.2 Presentasjon av rapportene

I innledningen presenterte ble de syv rapportene presentert kort. Nå vil jeg gå nærmere inn på detaljer i rapportene. Korus-rapportene er gjennomført i perioden 2014 til 2021. Rapportene representerer fem ulike steder i Norge: Bergen, Fredrikstad, Sør-Odal, Sandnes og Hamar:

- Bergen: Stiftelse. Tilbyr avrusning, stabilisering, døgntilbud, ambulante tjenester, poliklinikk, og dagplasser<sup>33</sup>. Behandlingen er kjønnsespesifikk. 2014: To musikkterapistudenter. 2019: Fem musikkterapeuter (Tre menn og to kvinner).
- Fredrikstad: Kommunalt tilbud, avdeling Rus og psykisk helse, og Rus, unge og psykisk helse (RUPS, målgruppe 16-25 år) for ungdom i sårbare overganger (fengsel,

---

<sup>33</sup> Avdelingen med dagplasser ble avsluttet i 2018.



rusbehandling og somatisk sykehus). 2015: To musikkterapeuter, begge 80 %-stilling. 2017: Tre musikkterapeuter (til sammen 210 %-stilling).

- Sør-Odal: Kommunalt tilbud. Behandlings- og oppfølgingstilbud for de som sliter med rusproblematikk. En musikkterapeut (100%-stilling) og en miljøarbeider/musiker (100%-stilling).
- Sandnes: Kommunalt tilbud, avdeling Fagteam rus, en del av Mestringsenheten. To musikkterapeuter (Begge 100%-stilling).
- Hamar: Sagatun Brukerstyrt senter, ideell samfunnsaktør, og Blårud (Sykehuset innlandet), spesialisthelsetjenesten. Prosjektperiode august 2018 – juli 2020. Driftet av midler fra Helsedirektoratet. En musikkterapeut.

Det eksisterer ikke rapporter fra Midt- og Nord-Norge.

Rapportene redegjør på ulike måter hvilke musikkterapeutiske metoder som er brukt, med alt fra band-, instrument- og musikkteoretisk opplæring, til lyttegrupper, improvisasjon, sangskrivning, studioinnspilling, konsertproduksjon og kor. Denne listen er ikke utfyllende, men gir et inntrykk av hvor mangfoldig tilbudet er i sum.

### 4.3 Rapportenes struktur

Korus-rapportene består av en innledningsdel med bakgrunnsinformasjon og definisjon av musikkterapi, og en hoveddel med rapportenes hensikt og intervju med deltakerne om deres erfaring med musikkterapi. Seks av rapportene har også inkludert intervju med musikkterapeuter og/eller andre ansatte på behandlingsstedet. Seks av rapportene har en konklusjon/oppsummering av forfatterne. Hamar-rapporten skiller seg noe ut fra de andre, ved at den ikke har oppsummering av undersøkelsen, men inneholder i stedet en utfyllende prosjektrapport i første halvdel av rapporten. Sandnes-rapporten har også gjort et gruppeintervju av deltakere fra «mestringskoret». Alle Korus-rapportene er utført med samme hensikt og har brukt nesten samme intervjuguide. Intervjuene består av spørsmål med gradering av tilfredshet, forfatternes oppsummering av besvarelsene, samt en rekke sitater fra deltakerne. Dale (2019) har omformulert et av spørsmålene og lagt til to spørsmål: Definisjon av musikkterapi og om deltakerne vil ta med erfaringene fra musikkterapien videre etter behandlingstiden. Utenom dette, er rapportene strukturelt like.

### 4.3.1 Deltakere

Det er stor forskjell på utvalgsstørrelser i rapportene, fra 5 til 20 personer. Tabellen under viser størrelsesforskjell og hvor stor prosentandel den enkelte rapport utgjør.

Rapport	Sted	Antall totalt	Prosent	Kvinner	Menn
Dale (2014)	Bergen	10	13 %	2	8
Kielland (2015)	Fredrikstad	9	11 %	2	7
Taihaugen (2017)	Sør-Odal	5	6 %	1	4
Kielland og Taihaugen (2017)	Fredrikstad	18	23 %	4	14
Dale (2019)	Bergen	20	25 %	7	13
Kielland og Selbekk (2019)	Sandnes	13	16 %	4	9
Taihaugen (2021)	Hamar	5	6 %	1	4
<b>Antall totalt</b>		<b>80</b>		<b>21</b>	<b>59</b>
<b>Prosent</b>		<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>26%</b>	<b>74%</b>

Som nevnt i kapittel 3.5 er det nødvendig å ta høyde for størrelsesforskjell i metaanalysen, fordi en persons besvarelse i en liten rapport vil få større utslag i utregningen av gjennomsnittet enn en tilsvarende besvarelse i de største rapportene. Derfor er det en fordel å vekte rapportene ulikt i den kvantitative analysen.

De fleste av rapportene redegjør for alder på deltakerne, og aldersspennet på deltakerne er mellom 18-70 år. Ellers er det ingen øvrige opplysninger om deltakerne.

### 4.3.2 Kjønnfordeling

Alle rapportene opplyser om kjønnfordeling i rapportene, og som tabellen over viser, er det en tydelig ubalanse i representasjonen av kjønn. Kun 21 kvinner er intervjuet, noe som utgjør 26 % av det totale antallet. Riktignok gjenspeiler dette kjønnfordelingen i innleggelsene i Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) som er 32 % kvinner og 68 % menn<sup>34</sup>. Men som grunnlag for forskning, er denne fordelingen skjev og ikke representativ for befolkningen generelt. Kun Dale (2014, 2019) kommenterer kjønnfordelingen. I rapporten 2014 skriver han at det var påfallende høyt frafall av kvinner til intervjuet, hvor kun to av 13 kvinner som

<sup>34</sup>Hentet fra Statistikkbanken (SSB) tabell nr 07243: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Innleggelsene, etter alder og kjønn (avslutta serie), 2005 – 2009.

fikk musikkterapi, deltok i intervjuet. Det er uvisst hvorfor det er så lav kvinneandel i de andre rapportene. Rapportene har ikke spesifisert kjønnsfordeling i besvarelsene. I intervjuene kan dette føre til at noen kjønns spesifikke perspektiver blir oversett. Dette vil jeg gå nærmere inn på i kapittel 5.1.2.

#### 4.4 Vurdering av kvalitet

Vurdering av de innlemmede rapportenes kvalitet er nødvendig i en syntese, ettersom disse er selve grunnlaget for syntesen og vil ha konsekvenser for gyldighet, pålitelighet og konklusjon (Malterud, 2017; Meadows & Wimpenny, 2016; Valentine, 2009). Det er svært begrenset med informasjon om hvilke forskningsmetodiske grep som er gjort i rapportene og begrunnelsene bak dem. Forfatterne har benyttet seg av en mixed method-fremgangsmåte, med tallgradering og semistrukturert intervju. Disse dataene ble samlet inn parallelt og presenteres separat, uten ytterligere integrering.

Det er gjennomsnittsverdiene fra spørsmålene om deltakernes tilfredshet i en skala fra 1-10, som er datagrunnlaget for den kvantitative metaanalysen i oppgaven. Rapportene har ikke med *spredningsmål*<sup>35</sup> om hvor stor spredningen er i graderingen av ulike de spørsmålene i rapportene, med unntak av Kielland og Selbekk (2019). Hvis det hadde vist seg at det var stor spredning i besvarelsene, kunne dette tyde på heterogenitet i materialet (Smedslund, 2013), og at «effekten» av tiltaket ikke var like tydelig som først forventet. På grunn av manglende informasjon, blir metaanalysen i denne oppgaven derfor noe begrenset.

Det er vanskeligere å vurdere kvaliteten av den kvalitative delen av rapportene, ettersom de er basert på tekst og er deltakernes erfaringer. Thomas og Harden (2008) trekker frem at det derfor er enda viktigere å vurdere den enkelte studies (rapports) metodiske kvalitet, slik at man ikke baserer seg på upålitelig materiale. Thorne (2017) på sin side, mener at kvalitative studier kan gi nyttig innsikt selv om de har metodiske svakheter, fordi målet med en syntese av kvalitative studier, ikke er å vise effekt, men heller en god beskrivelse av et fenomen.

Samtlige rapporter har benyttet seg av lignende intervjuguider, først utarbeidet av Dale i 2014. Intervjuene er gjort enten ansikt-til-ansikt eller via telefon. Det er varierende om det er gjort lydopptak og transkripsjon av intervjuer, eller om besvarelsene kun er skrevet ned for

---

<sup>35</sup> Mål av spredningen i observasjonene (Bjørnstad, 2017)

hånd. Kielland og Taihaugen (2017) og Taihaugen (2017) oppgir ikke hvordan sitatene er innhentet. Ettersom rapportene er gjort med hensikt å evaluere et tilbud, er de metodiske overveielsene nødvendigvis mindre gjennomarbeidet sammenlignet med ordinær forskning. Jeg vurderer troverdigheten i materialet som viktigere enn rapportenes metodiske kvalitet. Mitt mål med oppgaven er først og fremst å få frem brukerstemmene og jeg har tillit til at disse er gjengitt så nært virkeligheten som mulig.

#### 4.4.1 Avgrensning

Problemstillingen etterspør om *erfaring og tilfredshet* med musikkterapi som en del av behandlings og oppfølgingstilbudet innen rusomsorgen. Derfor avgrenses analysen til intervjuene av deltakerne, og utelukker intervjuene med de ansatte. Videre, for å unngå fortolkning av allerede fortolket materiale, er det deltakernes sitater som analyseres, heller enn forfatterens analyse og oppsummering. Ved å ta utgangspunkt i sitatene, er målet å få frem brukestemmene. S

pørsmålene som er tatt med i syntesen er de som alle rapportene har til felles. Spørsmål som skiller seg fra de andre rapportene, er ikke inkludert. Dette gjøres for å sikre at empirien er så homogen som mulig. I tillegg er tre spørsmål fra intervjuguiden avgrenset i den kvalitative metasyntesen, fordi de ikke treffer problemstillingen. Dette gjelder spørsmålene om innspill på frekvens av musikkterapi, tilfredshet med rammer rundt musikkterapien og innspill om forbedringsforslag. I løpet av analysen i den kvalitative metasyntesen, ble temaet *terapeutspesifikke faktorer* avgrenset bort på grunn av omfang. Dette redegjøres for i kapittel 4.7.2. Nå presenteres hvordan de ulike syntesene er gjennomført, og så vil resultatene presenteres.

#### 4.5 Kvantitativ metaanalyse

Første del i denne mixed method-syntesen, er en kvantitativ metaanalyse av gjennomsnittsverdiene fra spørsmålene i rapportene. Deltakerne har svart på *tilfredshet ved innholdet i tilbudet, tilfredshet med oppfølging fra musikkterapeut, tilfredshet med rammer rundt musikkterapitilbudet, og opplevelse av nytte av tilbudet*. Besvarelsene er gradert i en skala fra 1 (svært utilfreds) til 10 (svært tilfreds).

På grunn av forskjell i utvalgsstørrelse, er det en fordel å vekte de ulike gjennomsnittene i analysen. Vektet gjennomsnitt utregnes ved å multiplisere rapportens gjennomsnitt med antall deltakere og summere disse. Videre deles denne summen på totalt antall deltakere. Uvektet gjennomsnitt og median regnes også ut, for å vise plassering mellom uvektet og vektet gjennomsnitt, og hvor midterste verdi ligger. Vektet gjennomsnitt utregnes med formelen (Everitt, 2006):

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n w_i x_i}{\sum_{i=1}^n w_i}$$

Konfidensintervall<sup>37</sup> for graderingene i hvert spørsmål, uvektet gjennomsnitt og median ble regnet ut i Excel.

Forklaring	
$\bar{x}$	: vektet gjennomsnitt.
$\sum_{i=1}^n w_i x_i$	: summen av alle rapportenes vekt $w_i$ (antall deltakere), multiplisert med rapportenes gjennomsnittsverdier $x_i$ <sup>36</sup>
$\sum_{i=1}^n w_i$	: Summen av rapportenes vekt $w_i$

Tallene fra rapportene ble også plottet inn i statistikkprogrammet R (med ggplot2) for å vise konfidensintervall rundt *uvektet* gjennomsnitt, samt lage en visualisering av gjennomsnittsverdiene fra rapportene. Hvis rapportenes egne resultater hadde vært tilgjengelig, kunne utregningen vært basert på de 80 besvarelsene. Dette ville gitt et smalere konfidensintervall og mindre usikkerhet om estimatene. Likevel vil konfidensintervallet for de syv rapportene kunne gi et godt anslag over hvor gjennomsnittet vil være for en større populasjon.

#### 4.6 Resultater av metaanalysen

Resultatene av metaanalysen presenteres i tabellen under, med tilhørende figur lenger nede i avsnittet. Gjennomsnittsverdiene som vises, er basert på deltakernes graderinger fra 1-10. I tillegg vises *uvektet* gjennomsnitt, vektet gjennomsnitt og median.

<sup>36</sup> Kan også skrives:  $(w_1 \times x_1) + (w_2 \times x_2) \dots (w_3 \times x_3)$

<sup>37</sup> Hvor det er sannsynlig at det faktiske gjennomsnittet av hele populasjonen ligger (Yang, 2010). Settes til sannsynlighetsnivå 95 % (Bradt, 2016).

	Hvor tilfreds har du vært med innholdet musikkterapi-tilbudet?	Hvor tilfreds har du vært med hvordan musikk-terapeutene har fulgt deg opp?	Hvor tilfreds har du vært med rammene rundt musikkterapi-timene (...) <sup>38</sup> ?	Hvor nyttig har det vært å delta i musikkterapi-timene vært for deg?
Dale (2014)	9,3	9,5	7,4	9,4
Kielland (2015)	9,0	10	9,1	8,7
Taihaugen (2017)	9,6	9,8	9	9,8
Kielland og Taihaugen (2017)	9,2	9,2	8,6	9,4
Dale (2019)	9,2	9,3	8,6	9,0
Kielland og Selbekk (2019)	8,95	9,27	7,9	9,45
Taihaugen (2021)	9,4	9,6	8,4	10,0
<b>Gjennomsnitt (Uvektet)</b>	<b>9,24</b>	<b>9,52</b>	<b>8,43</b>	<b>9,39</b>
<b>Median</b>	<b>9,2</b>	<b>9,5</b>	<b>8,6</b>	<b>9,4</b>
<b>Vektet gjennomsnitt</b>	<b>9,19</b>	<b>9,43</b>	<b>8,41</b>	<b>9,29</b>

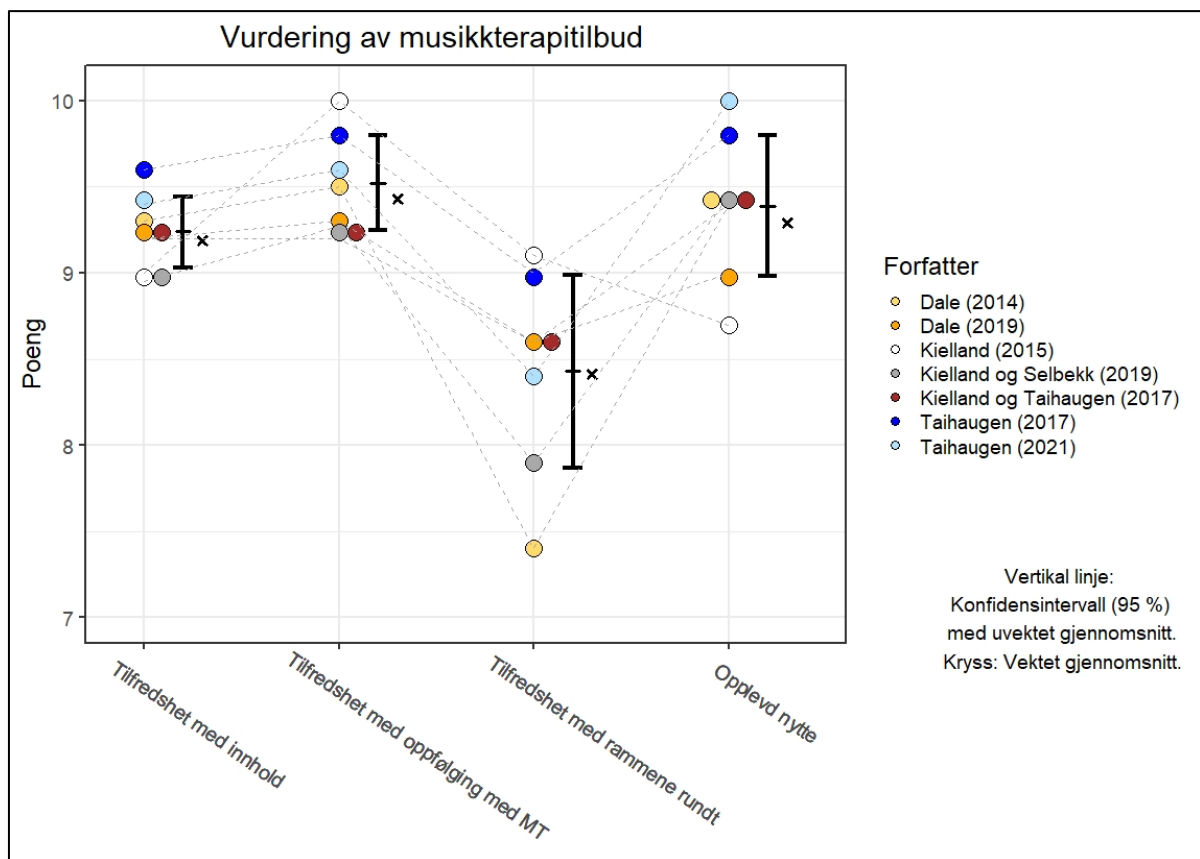
Utregningen av gjennomsnittene fra de syv Korus-rapportene, med 80 deltakere i totalt, viser at deltakerne generelt har en høy tilfredshet av musikkterapitilbudet, både når det gjelder tilfredshet med innhold, oppfølging, rammer og nytte. Og som tabellen viser, ligger vektet gjennomsnitt forholdsvis tett opp til det ordinære gjennomsnittet og median. Samtidig viser vektingen en nyansering av tallene med noe lavere verdier.

I det vektete gjennomsnittet graderer deltakerne tilfredshet med innholdet av musikkterapitilbudet til 9,19, med gjennomsnittsverdier 8,95 til 9,6 (0,65 forskjell). Tilfredshet med oppfølging fra musikkterapeuten rangeres til 9,43, varierende fra 9,2 til 10 (0,8 forskjell). Dette er den høyeste scoren i rapporten. Tilfredshet med rammene måles til 8,41, med en variasjon fra 7,4 til 9,1 (1,7 forskjell). Dette er den laveste scoren i rapporten, og i tillegg er det stor spredning fra laveste til høyeste verdi. Disse tallene er dermed mindre sikre, noe som viser seg i konfidensintervallet i figuren på neste side. Til slutt graderte deltakerne nytte av musikkterapi til 9,29, med en variasjon fra 8,7 til 10 (1,3 forskjell). Også her er variasjonen på besvarelsene forholdsvis stor. Det er vanskelig å se sammenheng mellom de ulike gjennomsnittsverdiene i rapportene. Tilfredshet med rammer har ikke nødvendigvis betydning for tilfredshet med tilbudet generelt, fordi rapporter som har lav score på tilfredshet med rammer, samtidig har høy score i de andre graderingene. Samtidig har

<sup>38</sup> «(...) f.eks. rommene, instrumenter, tilrettelegging og organiseringen?»

spørsmålet om rammer det største konfidensintervallet, som sier litt om usikkerheten rundt estimatet til dette spørsmålet. Det kan vi se i grafen under.

Grafen viser rapportenes gjennomsnitt, og konfidensintervallet for hvert spørsmål. I tillegg er vektet gjennomsnitt plottet inn, markert med et kryss X. Jeg vil påpeke at deltakerne har gradert tilfredshet fra 1 til 10, men grafen under viser fra 7-10, der verdiene ligger. Spredningen i besvarelsene er ulike, og dette gir utslag i bredden på konfidensintervallet. Jo mer homogene besvarelsene er mellom rapportene, jo smalere vil konfidensintervallet være.



Generelt ligger de ulike gjennomsnittsverdiene forholdsvis tett, på tvers av rapportene. Det at rapportene trekker i samme retning, kan tyde på at metaanalysen er homogen (Smedslund, 2013). Resultatene fra metaanalysen tas med videre til kryss-syntesen i kapittel 4.9.

Nå vil jeg ta for meg den kvalitative metasynthesen. Kanskje dette vil gi en forståelse av hvorfor deltakerne har gradert musikkterapitilbudet såpass høyt?

#### 4.7 Kvalitativ metasynthese

I den kvalitative metasynthesen benyttes *tematisk syntese* som analysemetode, slik den er utarbeidet av Thomas og Harden (2008). Tematisk syntese baserer seg på perspektiver hentet

fra tematisk *analyse*, en analyseteknikk som brukes på kvalitative primærstudier (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse anses ofte som en fleksibel analysemetode. Thomas og Harden bygger sin synteseteknikk på denne fleksibiliteten, og deler analysen inn i tre faser: 1) *Tekstkoding*: Relevante setninger markeres og tillegges én eller flere koder. I denne delen kan man midlertidig fjerne seg fra problemstillingen, for å fokusere på koder og mønster i teksten. 2) *Utarbeiding av deskriptive tema*: Gruppering av koder med lignende tematikk og etablering av nye, overordnede koder. Her samles og oversettes konsepter fra én studie til en annen basert på kodene. 3) *Generere analytiske tema*: Her trekkes inn problemstillingen inn igjen og temaene forstås i lys av denne. Dette er den mest «kontroversielle» delen av analysen og er avhengig av forskerens valg og bedømmelser. Det er i denne fasen forskeren ser forbi den enkelte studien og komme med en ny tolkning basert på det problemstillingen spør etter (Thomas & Harden, 2008, «Detailed methods for thematic synthesis»).

I analysen vil jeg ta utgangspunkt i denne fremgangsmåten, i tillegg til å supplere med perspektiver fra tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Ettersom rapportene har helt lik intervjuguide, analyserte jeg rapportene parallelt, som om de var én kvalitativ studie. Det er sitatene som er det empiriske materiale for metasyntesen, med mål om å holde analysen så tett som mulig opp mot brukerperspektivet. Samtidig kan man risikere å gå glipp av relevant informasjon som kunne komme opp i forfatteranalysene. Derfor ble disse analysene også lest og kodet de på lik linje med sitatene, i tilfelle det kunne komme viktige momenter opp. Det ble likevel fort besluttet å utelate disse fra videre analyse, fordi disse var allerede fortolket materiale og er utenfor oppgavens fokus på brukerstemmene. Under vil jeg presentere hvordan jeg gjorde analysen helt konkret.

#### 4.7.1 Tekstkoding

Første trinn av analysen var å lese igjennom rapportene for å få et inntrykk av innholdet (Braun & Clarke, 2006). Første del av kodingen var en intuitiv prosess. Målet var å etablere koder basert på førsteinntrykk og umiddelbare assosiasjoner. Alle sitatene ble kopiert og limt inn i et Excel-skjema, og sortert under tilhørende spørsmål fra intervjuguiden. Ved siden av sitatet etablerte jeg en rubrikk for kodene, og en rubrikk for eventuelle kommentarer. Sitatene ble kodet med både tekst og farge. Fargen representerte mulig tema og koden gjenga innhold eller meningen med sitatet. Første del ble kodet med følgende fargetema:



- **Blå:** Terapeutiske erfaringer
- **Grønn:** Pedagogiske erfaringer
- **Rosa:** Individuelle faktorer
- **Lilla:** Sosiale og relasjonelle
- **Mørkeblå:** Ringvirkninger for hverdagsliv
- **Gul:** Positive erfaringer
- **Rød:** Rusmestring relasjonelle erfaringer
- **Turkis:** Terapeutsesifikke faktorer

Fargetemaene var midlertidige og ment som en rettesnor for kodingen. Underveis i prosessen forandret og utvidet kategoriene seg etter hvert som nye sitater ble kodet. En av fargetemaene ble fjernet senere i analysen, og et annet kom til.

Sitatene var allerede valgt ut av rapportforfatterne, og derfor var de fleste meningsmettet. Nesten samtlige sitater ble kodet. Ettersom sitatene allerede var tatt ut av en større helhet, ble de beholdt i sin helhet, ikke delt opp. Kodene ble knyttet til enten hele eller deler av sitatet. Jeg forsøkte å formulere kodene så nært formuleringen som mulig, for å holde meg tett opp til brukerstemmen. Samtidig var det vanskelig å kode sitatene helt uten fortolkning, fordi de allerede var korte og tatt ut av en sammenheng. Min tolkning var basert på min forståelse av teori og begreper, jamfør den hermeneutiske sirkelen. Tabellen under er et eksempel:

Dale, 2014	«Jeg glemmer alt annet og flytter tankene mine. »	glemmer alt annet, "flow"
------------	---	---------------------------

Her tolket jeg sitatet til å handle om flow, basert på min teoretiske forståelse av «her og nå»-opplevelser. Flow ble senere fjernet i syntesen, fordi det var en fortolkning av sitatet, noe jeg forsøkte å unngå i første fase av analysen. Under er eksempler på hvordan jeg kodet for å holde meg tett opp til brukerstemmen:

Kielland og Selbekk, 2019	«Som sagt har det hjulpet meg sykt mye. Du kan gå til psykolog å snakke – men du får ikke frem det samme som når man spiller musikk. Klarer ikke å forklare det, men merker at det skjer noe med hodet når jeg er her, sammenlignet med når jeg går til psykolog.»	merker noe skjer med hodet i musikkterapien, får uttrykke andre ting i musikkterapien enn i samtaleterapi
Kielland og Selbekk, 2019	«Gir meg struktur i en hverdag som ellers lett sklir. Gir meg et positivt fokus på noe som gjør at jeg kan holde meg borte fra rusen. En veldig sunn distraksjon i kampen om å bli rusfri.»	struktur i en ustrukturert hverdag, gir et positivt fokus, gir en sunn distraksjon fra kampen om å bli rusfri

#### 4.7.2 Avgrensninger underveis

Det ble etter hvert tydelig at kun to av spørsmålene kunne kodes etter deltakernes erfaringer med musikkterapi: *Hvor tilfreds har du vært med innholdet i musikkterapitilbudet?*<sup>39</sup> Og *hvor nyttig har det å delta i musikkterapitimene vært for deg?* I tillegg ble det ekstra spørsmålet om *nytte i etterkant av behandlingsforløpet* i Dale (2019) inkludert, fordi det er en nyanse av nytte-spørsmålet som alle rapportene har med.

Spørsmålet «*Hvor tilfreds har du vært med hvordan musikkterapeutene har fulgt deg opp?*» var ikke direkte rettet mot deltakernes erfaringer av musikkterapien, men omhandlet mer den enkelte musikkterapeuts egenskaper. Et ekstra kode-tema ble etablert: Terapeutspesifikke faktorer (turkis), fordi relasjonen er sentral i musikkterapien og det derfor også er viktig for deltakernes erfaringer. Senere ble det likevel besluttet å avgrense denne fra analysen, på grunn av oppgavens omfang. Også sitater om forbedringsforslag ble tatt bort fra analysen, fordi de ikke svarer på problemstillingen. Jeg gikk likevel gjennom disse sitatene i første runde av analysen, for å ikke gå glipp av noe. Et par av disse sitatene omhandlet erfaringer, og ble kodet med farger.

<sup>39</sup> Omformulert i Dale (2019): *Kor tilfredse har informantane vore med å delta i musikkterapien*

#### 4.7.3 Utarbeiding av deskriptive tema

Da alle sitatene var kodet, leste jeg over kodene på nytt, for å sjekke at sitatene ble gjengitt riktig. Koder som var overtolkende ble fjernet, og andre ble revidert på grunn av utydelighet eller feil fargetema. Fargetema-kategoriene måtte også presiseres, slik at kodene ble plassert inn under riktig farge. Videre ble sitatene, med koder, systematisert inn i nye tabeller i Word, denne gangen sortert etter fargetema. Sitater med ulike fargekoder ble plassert inn i flere tabeller, avhengig av farge. Da alle sitatene var kopiert over til tabellene, ble koder som ikke tilhørte fargetemaet i tabellen fjernet. Med dette, hadde jeg sortert sitater og fargekoder inn i ulike dokumenter. Utdrag fra tabell under «pedagogiske erfaringer»:

Taihaugen, 2017	«Hun har hatt en positiv innvirkning på meg over tid, tenker på alt hun har lært meg. Det at vi har bandet betyr nesten alt asså».	har lært mye,
Taihaugen, 2017	«Hun er kjempeflink og veldig positiv. Tenk, spilte ingenting før jeg begynte her, nå spiller jeg i band».	lærer å spille i band, lærer noe nytt,

Videre ble kodene med samme farge samlet i ett, uten sitater. Kodene ble sortert etter tematikk og det ble etablert overskrifter for hvert tema. Eksempel på tema under grønt tema «pedagogiske erfaringer»: «Lærer noe nytt» og «Mestringsopplevelser». Koder som ikke passet inn under overskriftene utviklet nye temaoverskrifter, eller ble plassert under bedre passende overskrifter i en annen farge.

#### 4.7.4 Generering av analytiske tema

I siste del av analysen ble de nye temaene sett i sammenheng med problemstillingen, om deltakernes erfaringer med musikkterapi. Temaoverskriftene, med tilhørende koder, ble kopiert inn i et digitalt tankekart. Her kunne jeg gruppere og flytte koder og tema uavhengig av farge, for å finne sammenhenger som jeg ikke hadde sett når alt var inne i Word-dokumentet. Når koder var helt like, ble de overflødige fjernet. Og koder som lignet på hverandre ble plassert sammen under samme undertema, hvor koden som gav best beskrivelse «representerte» temaet eller undertemaet. Målet var å komprimere datamengden slik at man

kun satt igjen med det som var essensielt. Samtidig er et mål med kvalitativ metasyntese, å gi en rik beskrivelse (Thorne et al., 2004). Derfor ble det viktig å ikke redusere beskrivelsen av erfaringene for mye, men beholde nyansene i beskrivelsene. Da alle kodene var sortert, kunne jeg ved hjelp av det digitale tankekartet skrive inn funnene i et nivådelt «tre» i et nytt Word-dokument, se vedlegg. Resultatene fra metasyntesen, med tilhørende undertema og nyanseringer, ligger som vedlegg til oppgaven. Resultatene er vedlagt, for å vise rikdommen i beskrivelsene fra det analyserte materialet som ikke kan presenteres her.

#### 4.8 Funn fra metasyntesen

Funnene fra analysen resulterte i følgende syv hovedtema:



##### 1) **Rusmestring: «Russpiralen erstattes av musikkspiralen»**

Deltakerne forteller at musikkterapi har betydning for rusmestring. Noen av deltakerne trekker frem at musikkterapi fyller et tomrom etter rusen og motiverer deltakere til å bli nykter eller forbli rusfri: «Gir meg struktur i en hverdag som ellers lett sklir. Gir meg et positivt fokus på noe som gjør at jeg kan holde meg borte fra rusen. En veldig sunn distraksjon i kampen om å bli rusfri» (Kielland & Selbekk, 2019, s. 28). Musikkterapien blir

noe meningsfylt å gå til, noe som igjen hemmer rustrangen. Musikkterapien letter også på «trykket» (sorg og depresjoner) som kan gi rustrang:

«(...) når jeg er ferdig med en time musikkterapi så er hodet mitt og rustrangen min letta, sola er der selv om sola ikke er der om du skjønner. Det er det som gjør at programmet her er bra og sterkt for meg. Når jeg kommer hit, får jeg letta trykket av sorg og depresjoner. Det er jo det liksom som gir meg rustrangen om du skjønner. Musikkterapi gjør at ti kilo blir borte fra skuldrene mine».  
(Kielland, 2015, s. 15)

To sitater peker på at det er en direkte sammenheng mellom musikkterapi og bruk av mindre rusmidler/medisiner: «Jeg forteller de rundt meg om hva rundt meg om hva jeg har lært. Det er i alle fall en demper for angst. Kanskje rus også». Noen av deltakerne sier det ikke har betydning for rusbruken: «Jeg kunne gitt det 10, men musikkterapi er jo ikke noe som stopper meg fra rus – fra å gå ned på nærmeste restaurant for å ta meg en halvliter» (Kielland & Selbekk, 2019, s. 31).

## **2) Ringvirkninger for hverdagen og livet: «Musikkterapi kan endre liv»**

Deltakerne beskriver at musikkterapi har betydning for både hverdagen og livet utenfor musikkrommet. Musikkterapi letter hverdagen ved at den er noe positivt å glede seg til, er noe å gjøre og noe meningsfullt å gå til. For noen gir musikkterapien struktur til en ustrukturert hverdag og en grunn til å stå opp om morgenen: «Musikkterapi har gjort det verdt for meg å stå opp om mårran. Det er det jeg tenker når jeg våkner, er det musikkterapi i dag?» (Taihaugen, 2017, s. 18). Musikkterapi påvirker også andre områder i livet, ved at det er en motivasjon for å komme seg ut av døra, ut av isolasjon. Enkelte får øvd på sosial eksponering:

«(...) Det å kunne bli eksponert for den sosiale biten i musikkterapien jevnt og trutt det har i hvertfall bidratt til at det blir lettere å gå på apoteket og stå i kø der uten å faktisk få så noia at man bare må gå hjem før kølappen lyser opp på skiltet. ... Jeg har hatt køproblemer i butikken og det er fortsatt problematisk, men jeg får i alle fall med meg varene hjem».  
(Kielland & Taihaugen, 2017, s. 23)

Erfaringene fra musikkterapien kan ha betydning for at deltakerne blir rustet til å takle det som er vanskelig på andre områder. Noen av deltakerne sier til og med at musikkterapi er motivasjon for å leve: «Musikkterapi betyr alt, tvilsomt om jeg hadde vært i live hvis det ikke hadde vært for dette tilbudet. Det er dette som holder meg oppe. Jeg tør å gjøre noe, og jeg føler mestring.» (Kielland & Taihaugen, 2017, s. 18).

### 3) Personlig utvikling: «Mestring med stor M»

Mange av deltakerne trekker frem at de lærer noe i musikkterapi og at dette gir dem mestringsopplevelser, noe som igjen kan ha betydning for selvtilliten:

«I forbindelse med psykiatrien i hvert fall så er det jo sånn at håpløshet og lav selvtillit er en fast ingrediens, og etter hvert som tida går så forsvinner trua på egne ferdigheter og at man skal få til noe i det hele tatt. Den kan bli farlig lav til tider. Det å få kjenne litt mestringsfølelse etter en god økt på koret eller en kjekk bandøving det er absolutt positivt». (Kielland & Taihaugen, 2017, s. 23)

Flere trekker frem hvordan de blir utfordret og opplever progresjon: «Morsomt å lære noe nytt. Kult at jeg kom første gang, og ikke turte noenting, til at jeg nå står på en scene og synger.» (Kielland & Taihaugen, 2017, s. 19). For noen er det å stå i utfordringene en god øvelse: «Må stå i de utfordringene som kommer når man skal lære seg nye ting, men det gir mestringsfølelse» (Taihaugen, 2021, s. 24). Utfordringene skjer i en trygg arena:

«(...) Bare det at det å være i et rom med så mange mennesker kan være dritvanskelig, og når du plutselig skal bruke stemmen din i tillegg så kan det kreve sitt. Men det føles fantastisk etterpå i hvert fall. Og det å få utfordret seg sjøl i litt trygge rammer er bra». 18.05.2022 11:27:00

På den andre siden kan musikkterapi for enkelte gi en følelse av å bli vurdert, og for noen ha en høy terskel:

«Jeg snakker med folk som ikke har drevet med musikk før – det står på lappen av at man ikke trenger å spille noe. Men de har sagt til meg at det er en bremsekloss for dem – at de føler at de ikke har noe her å gjøre. (...)». (Kielland & Selbekk, 2019, s. 30)

### 4) Er terapeutisk: «Musikk som terapi»

Musikkterapi er terapeutisk på flere måter. Deltakerne beskriver at musikkterapi er en annerledes terapiform, hvor de kan uttrykke andre ting enn i ordinær samtaleterapi: «Det er på en måte et redskap for å få frem gode samtaler» (Dale, 2019, s. 14). Deltakerne forteller at de får utviklet egen identitet, ved at de driver med noe de interesserer seg for. Enkelte opplever å få identiteten sin tilbake etter mange år med rus:

«Det dukker opp følelser og ting og tang som har vært borte, musikken gjør at jeg husker mye mer. Husker lite fra tiden før jeg begynte å ruse meg, det begynner å komme tilbake nå. Føler at jeg får identiteten min tilbake». (Kielland & Taihaugen, 2017, s. 19)

Flere trekker frem hvordan musikkterapien fungerer som et avbrekk fra hverdagen og virkeligheten. Musikkterapien fungerer avkoblen, de får ferie for en time og tenker mindre på det kjipe der og da:

«10 (på skalaen red adm.) når jeg er her, men når jeg forlater stedet er jeg nede igjen ... Musikk er min lidenskap, det er der jeg rømmer. Når jeg tar opp gitaren glemmer jeg tiden, glemmer alt og fokuserer bare på musikken. (...)». (Kielland & Selbekk, 2019, s. 18)

Mange av deltakerne trekker frem hvordan musikkterapien hjelper mot angstproblematikk, og hvordan musikken hjelper til å regulere følelser: «(...) Blir jeg sur så spiller jeg gitar. Hjelper meg å regulere følelsene mine. Gitarspilling hjelper meg å samle meg. Legger PTSD'en langt bak i hue. Stopper flashbacks, fokuserer på gitarspillingen. (...)» (Kielland & Taihaugen, 2017, s. 19).

Noen av deltakerne forteller hvordan de bruker musikken som traumebehandling, og at musikken hjelper dem til å få kontakt med følelsene igjen:

«For meg har det hatt veldig mye å si. Jeg var så distansert fra følelsene mine da jeg begynte med musikk. Jeg kunne fortelle om traumatiske ting uten at jeg kjente på følelsene. Jeg klarte ikke å koble de to i lag. Jeg kunne grine, men aldri sånn - jeg hadde så komplisert forhold til følelser. Musikken har vært kanalen inn og som har åpnet opp og gitt meg et mer normalt følelsesliv». (Kielland & Selbekk, 2019, s. 30)

I tillegg, forteller deltakerne at musikkterapi påvirker humør og sinnsstemning generelt: «(...) Hovedtingen er at det skaper glede. Musikk påvirker sinnsstemningen – og det varer en stund etterpå» (Kielland & Selbekk, 2019, s. 30).

## **5) Gir positive følelser: «Et lyspunkt i hverdagen»**

Musikkterapien drar ut de positive følelsene, og deltakerne sier at «Det er gøy» «Det gir glede» og «gir positiv energi» (Dale, 2019, s. 13–14). Flere av deltakerne brukte begreper som «gnist» og «lyspunkt» når de beskriver hva musikkterapien gir, og trekker frem at musikkterapi er noe som gir håp. Deltakerne forteller at musikkterapien gir dem en følelse av verdi, og at musikkterapien gir en godfølelse, som er med også etter musikkterapien:

«Det som skjer er at ikke hele livet går i møll liksom, men det blir littegranne dur også. Det som skjer er liksom at jeg er i møll når jeg begynner, så går jeg hit og om det ikke er helt så er det i alle fall tett opp til dur liksom når jeg er ferdig. Det er begynnelsen på noe nytt. Det er faktisk på et plan at jeg ser lys her, er ikke helt mørkt liksom. Dette her har hjulpet meg med å komme i gang med gnist igjen(...)» (Kielland, 2015, s. 17)

## 7) Knytter relasjoner: «Mye kjekkere å spille i lag med andre»

Relasjonene i musikkterapien trekkes frem av mange som viktig. Dette gjelder både med musikkterapeuten og med andre deltakere. Musikkterapiavtaler hjelper mot ensomhet og isolasjon, ved at deltakerne kommer seg ut hjemmefra. Musikkterapien er en avslappet setting, hvor de kan treffe andre og får bygge nettverk:

«Både det å kunne få uttrykke seg gjennom musikk og det å møte andre i en såpass leksa setting, det er helt fantastisk. Når man har det tungt og hverdagen er stri, så er det ikke enkelt å komme i gang med det sosiale og spesielt ikke hvis en har vært isolert over en periode - og vært folkesky. Og uten musikkterapien så tror jeg nok at jeg ikke hadde kommet meg ut av isolasjonen på egenhånd - for det hadde jeg prøvd i flere år og ikke lyktes med. Men nå er det på tur - nå snur det tror jeg».  
(Kielland & Taihaugen, 2017, s. 23)

I musikkterapien er det noen som venter på en, forventer noe av en og som følger opp:

«Føler meg mer betydningsfull, jeg har en verdi. Noen er avhengig av meg, og jeg har et ansvar. Merker at jeg strekker meg litt lenger. Du vet, det er lettere å møte til bandøving enn til en time på NAV». (Taihaugen, 2017, s. 18)

Flere trekker frem at musikkterapien «Demper sosial angst» og «Det gir sosial mestring» (Dale, 2019, s. 18). Sosial eksponering kan også ha betydning for andre områder i livet:

«Jeg har sosial angst – og det er vanskelig for meg å synge – han har fått meg til å komme over det. Så jeg synes det er veldig bra. Det kommer i fremtiden til å påvirke andre plasser. Det har allerede påvirket meg på jobb – at jeg klarte å være mer sosial enn det jeg trodde».  
(Kielland & Selbekk, 2019, s. 28)

## 8) På deltakerens premisser: «Jeg kan påvirke på så mange måter»

Deltakerne trekker frem at musikkterapien skjer på deltakerens premisser og tilpasses den enkelte: «(...) Jeg ble veldig trygg, veldig fort. Jeg er veldig fornøyd, hun er kjempesnill, har ikke blitt presset til noe. Har fått tatt ting i mitt tempo» (Kielland & Taihaugen, 2017, s. 14).

Tilbudet er variert og fleksibelt, og deltakerne får lov til å påvirke timene: «Mulighet for variasjon i timene gjør at jeg får prøvd mye forskjellig» (Taihaugen, 2017, s. 14). Samtidig kan denne fleksibiliteten for noen også gå ut over tilfredsheten med tilbudet: «Litt for ineffektive – får ikke utnytte tiden. Det er ulike behov i gruppen. Noen trenger hjelp til noter, andre til grep, og andre til andre ting» (Dale, 2019, s. 14).

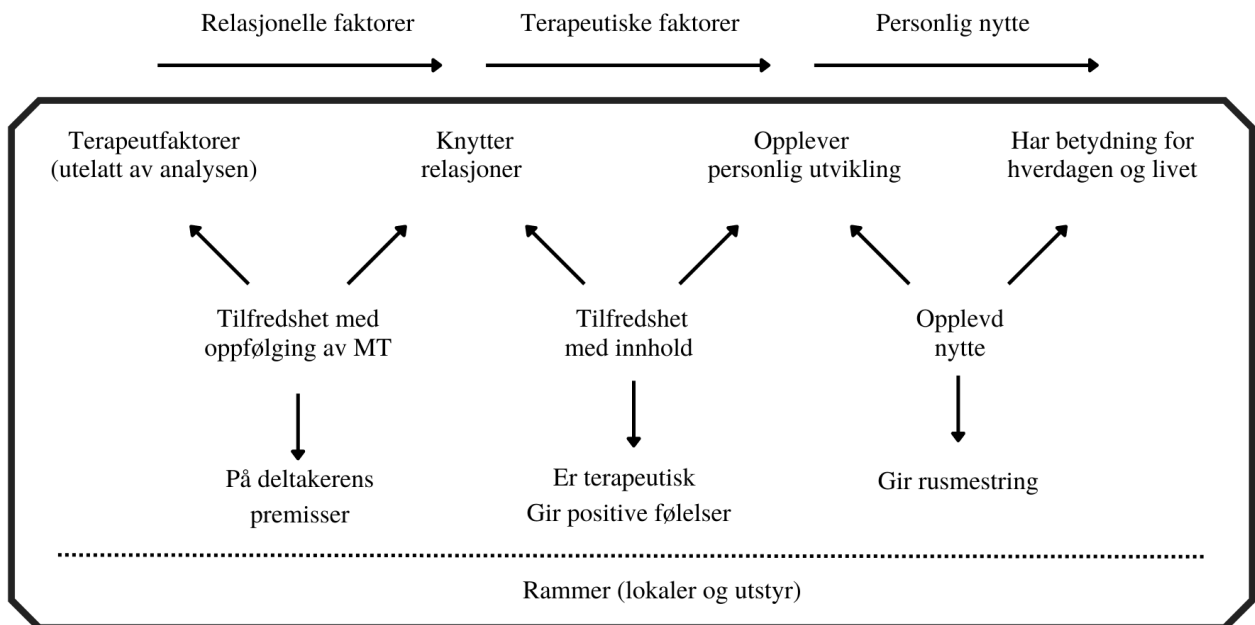


#### 4.9 Kryss-syntese

I siste del av analysen, kombinerte jeg resultatene fra den kvantitative metaanalysen og den kvalitative metasynthesen. I denne delen ses resultatene i sammenheng med hverandre og i lys av problemstillingen. Som nevnt i kapittel 3.7 komplimenterer datatypene hverandre, og målet med kryss-syntesen er å integrere funnene til en større helhet. Kryss-syntesen ble gjennomført ved å sette funnene fra den kvalitative metasynthesen og *spørsmålene* fra den kvantitative metaanalysen som bokser i et digitalt tankekart. Der kunne jeg flytte funnene uavhengig av hverandre for å finne sammenhenger mellom de ulike kategoriene og se hvordan de kvalitative og kvantitative funnene kunne henge sammen. Dette resulterte i en modell. I tillegg presenteres en tabell hvor det vektete gjennomsnittet integreres med de kvalitative funnene.

#### 4.10 Sammenstilling av resultatene

Deltakernes tilfredshet kan ha sammenheng med ulike faktorer og dette illustreres i modellen lenger nede. For eksempel kan «tilfredshet med oppfølging» handle om å knytte relasjon med musikkterapeut, samt at en del av «tilfredshet med innhold» kan handle om å knytte relasjoner i fellesskapet som musikkterapien tilbyr i tilbud som grupper, band og kor. Noen av kategoriene er overlappende. For eksempel vil «knytter relasjoner» og «på deltakerens premisser» også ha innvirkning på både opplevd innhold og nytte. Også det at det «er terapeutisk», «gir positive følelser» og at deltakerne «opplever personlig utvikling», vil også ha betydning for «opplevd nytte». *Relasjonelle faktorer*, *terapeutiske faktorer* og *personlig nytte* fungerer som kategorier for de ulike faktorene som er i spill i musikkterapien, og pilene på toppen av modellen illustrerer at disse kategoriene henger sammen.



Et eksempel på at *relasjonelle faktorer*, *terapeutiske faktorer* og *personlig nytte* henger sammen, er at sosial eksponering i musikkterapien kan hjelpe på sosial angst (jeg ble overrasket over hvor mange som uttrykte nettopp dette). For en person hadde dette også betydning for medisinerings:

«Jeg bruker definitivt mindre medisiner etter at jeg begynte med musikkterapi. Beroligende som Sobril for eksempel har det vært markant nedgang i. Det tror jeg nok er i veldig stor grad fordi man blir utfordret på den sosiale biten når man er med i koret og i gruppa faktisk. Alternativet for meg hadde nok vært hjemmesitting og isolasjon». (Kielland & Taihaugen, 2017, s. 12)

Nederst i modellen er tilfredshet med «Rammer (lokaler og utstyr)» plassert. Denne plasseres der fordi det er kan tenkes at det er en faktor som kan påvirke alle de andre faktorene, noe som kan ha betydning for en god opplevelse av musikkterapien i sum. Det kan tenkes at hvis instrumenter blir slitt eller at det er for korte sesjoner, vil dette påvirke generell tilfredshet med tilbudet. Dette nevnes av flere: «Rommet ligger litt dumt, et eget sted ville vært bedre. Skulle gjerne sluppet meg mer løs» (Kielland, 2015, s. 16), «En time blir litt lite. Akkurat kommet i gang og varmet opp og klare til å starte så stopper det og vi kommer ikke i mål.» (Kielland & Selbekk, 2019, s. 32).

Kombinerer vi det *vektede gjennomsnittet* med de ulike faktorene, kan vi få en annen forståelse hvordan graderingene og faktorene henger sammen:

Spørsmål	Gradering	Faktorer
Tilfredshet med innhold	9,19	Knytter relasjoner Er terapeutisk Gir positive følelser Opplever personlig utvikling
Tilfredshet med oppfølging fra MT	9,43	Terapeutspesifikke faktorer (utelatt av analysen) Knytter relasjoner På deltakerens premisser
Opplevd nytte av MT	9,29	Gir rusmestring Har betydning for hverdagen og livet Opplever personlig utvikling
Tilfredshet med rammer	8,41	<i>Påvirker alle faktorene ovenfor</i>

Som vi ser, er deltakerne gjennomgående svært fornøyde med musikkterapi-tilbudet. Ser vi dette i lys av faktorene basert på de kvalitative erfaringene, kan vi kanskje få en forståelse av hvorfor. Resultatene fra denne mixed method-syntesen vil jeg ta med videre til neste kapittel, hvor jeg vil diskutere funnene opp mot de teoretiske perspektivene fra kapittel 2.

## 5 Diskusjon

### 5.1 Diskusjon av funn

*(...) når jeg er ferdig med en time musikkterapi så er hodet mitt og rustrangen min letta, sola er der selv om sola ikke er der om du skjønner. Det er det som gjør at programmet her er bra og sterkt for meg. Når jeg kommer hit får jeg letta trykket av sorg og depresjoner. Det er jo det liksom som gir meg rustrangen om du skjønner. Musikkterapi gjør at ti kilo blir borte fra skuldrene mine. (Kielland, 2015, s. 15)*

Dette sitatet, fra en deltaker i Fredrikstad, kan i stor grad oppsummere resultatet fra denne mixed method-syntesen. Deltakerne forteller at livet er litt lysere, byrden litt lettere og rustrangen litt svakere som følge av en musikkterapi sesjon. Dette er erfaringer som går på tvers av rapportene, og er beskrevet av deltakerne på ulike måter.

Problemstillingen for oppgaven er: «*Hva sier et utvalg rapporter om deltakernes erfaringer og tilfredshet med musikkterapi som en del av behandlings- og oppfølgingstilbudet innenfor rusomsorgen?*» Denne har jeg undersøkt gjennom å gjøre en mixed method-syntese av syv rapporter fra Korus. Resultatene viser at deltakere har *svært høy tilfredshet* med musikkterapi som en del av tilbudet i rusomsorgen, og at erfaringene er mangfoldige og kan oppsummeres i tre hovedkategorier: *relasjonelle faktorer, terapeutiske faktorer og faktorer for personlig nytte*.

Det er summen av disse funnene, *helheten*, og det at alle faktorene spiller sammen, som utgjør hovedfunnet av denne mixed method-syntesen. De kvalitative og kvantitative resultatene komplimenterer hverandre, fordi de viser ulike aspekter av deltakernes opplevelse. Med referanse til pragmatismen, der *kunnskap* består av små biter av kunnskap, er det summen av deltakernes erfaringer som gir oss kunnskap om hvordan musikkterapi oppleves av deltakerne (Biesta, 2010, s. 108). Samtidig er det sannsynlig at noen *biter* fremdeles mangler, ikke minst erfaringene og tilfredshetsvurderingene fra de som valgte å slutte i musikkterapi.

Den kvantitative metaanalysen har samlet til sammen 80 ulike deltakeres opplevelse av tilfredshet ved innhold, oppfølging, rammer og nytte. Tallene viser at deltakerne gir samtlige spørsmål høy score, tvers over landet. Dette viser at tilfredsheten ikke kun er knyttet til

kontekst, men at det er sannsynlig at dette kan gjelde for andre behandlings- og oppfølgingstilbud i Norge også.

Selv om målingene i metaanalysen ikke er presise på grunn av få punkter, samt manglende informasjon fra rapportene, er estimatene robuste og det er god grunn til å anta at tilfredsheten med musikkterapi er reelt høy, ettersom gjennomsnittene har vært konsistente på tvers av rapportene. I tillegg samsvarer disse tallene med erfaringene som deltakerne beskriver. Noen sier til og med at tilbudet er en av årsakene til at de fremdeles er i live i dag. Hvorvidt de utregnede gjennomsnittene reflekterer den faktiske populasjonens tilfredshet, er noe usikkert. Med tilgang til alle de 80 besvarelsene, ville konfidensintervallet vært smalere og man kunne fått en tydeligere indikasjon på hvor et faktisk gjennomsnitt vil ligge. På tross av dette, ligger gjennomsnittene på rundt 8 og 9 jevnt over, noe som uansett er høye verdier. Alt i alt tyder disse resultatene på homogenitet i graderingene, og en antydning om at høy tilfredshet også kan gjelde for en større populasjon.

Det at rapportene har ulik størrelse på utvalg, gir utslag i grafen, presentert i kapittel 4.6. Taihaugens rapporter (2017, 2021), begge med 5 deltakere, ligger stort sett litt høyere enn rapportene med større utvalg når det gjelder tilfredshet med innhold, oppfølging og opplevd nytte. Rapporten fra Taihaugen (2017) ligger på eller utenfor øvre grense på konfidensintervallet jevnt over. Til sammenligning ligger de større rapportene fra Kielland og Taihaugen (2017) og Dale (2019), med 18-20 deltakere, stort sett i midten eller ved nedre del av konfidensintervallet. Det er derfor mer sannsynlig at disse rapportene er nærmere det faktiske gjennomsnittet. Samtidig, ligger resultatene fra begge disse rapportene i nedre del av konfidensintervallet på spørsmålet om tilfredshet med oppfølging av musikkterapeuten. Dette kan tyde på at vektet og uvektet gjennomsnitt ligger noe høyt i forhold til faktisk virkelighet på dette spørsmålet.

Det var nødvendig med vekting av rapportene, ettersom flere av gjennomsnittsverdiene fra de minste rapportene var uforholdsmessig høye. Flere av spørsmålene i de minste rapportene fikk en score på 10 av 10, noe som er usannsynlig at kan være representativt i en større sammenheng. Likevel medførte vektingen ingen store utslag, fordi besvarelsene allerede var ganske homogene uavhengig av størrelse på gruppen. Derfor er det betimelig å spørre: *Hvorfor er graderingene så høye?*

Årsaker til de høye graderingene kan være tilfeldigheter, metodiske svakheter, *bias*<sup>40</sup>, at de kritiske stemmene mangler, eller at deltakerne faktisk er svært tilfredse med tilbudet tvers over. Kritiske momenter knyttet til metode og bias vil jeg se nærmere på i kapittel 5.1.1. Samtidig, er de høye graderingene gjenkjennelig i sitatene, ved at deltakerne uttrykker at musikkterapi har betydning for den enkelte. Derfor vil jeg gå nærmere inn på hva disse erfaringene handler om her.

Mange av deltakerne forteller at de *knytter relasjoner* i musikkterapien og at tilbudet får dem ut fra ensomhet og isolasjon. Dette mener jeg er et av de viktigste aspektene som musikkterapi kan tilby denne gruppen. Som statistikken i kapittel 1.4 viser, mangler en stor andel av personer med rusmiddelavhengighet og ROP-lidelser både meningsfull aktivitet i hverdagen og et sosialt nettverk (Hustvedt, et al., 2021). Som nevnt, kan ensomhet og isolasjon ha en direkte konsekvens for rusmiddelavhengighet. Manglende kontakt med et positivt miljø kan ha betydning for økt rusmiddelbruk ved at personen mangler et rusregulerende fellesskap, eller at avhengigheten oppstår som følge av selvmedisinering for å slippe å kjenne på savnet etter fellesskap (Nesvåg, 2012). Det å knytte relasjoner, der *tilhørighet* og *mening* er sentrale fenomen, er helsefremmende aspekter i musikkterapien (Ruud, 1997, 2017). Relasjoner og nettverk er også noe som vektlegges i samfunnsmusikkterapien økologiske perspektiv (Ansdell, 2002; Stige & Aarø, 2012). I tillegg er dette også sentrale elementer i *sosial recovery*, der de kontekstuelle faktorene for individets bedringsprosess er inkludert, som det å få et nettverk, en meningsfull aktivitet eller at man integreres i samfunnet (Karlsson & Borg, 2017). Deltakerne sier musikkterapien tilbyr alt dette:

«Selve aktiviteten har vært veldig viktig for det livet jeg lever i dag. Fint å komme hit å få positiv energi, komme hit å snakke litt og ikke minst komme seg ut. Jeg hadde dessverre en tendens til å isolere meg mange år, satt inne og drakk». (Taihaugen, 2021, s. 29)

Det å tilby tilhørighet til et rusfritt miljø, kan være forebyggende for isolasjon og ensomhet og gjøre det enklere for individet å bryte opp fra livet som rusmiddelavhengig. Musikkterapi kan være en meningsfull aktivitet, og tilby en attraktiv rolle og et oppbyggende nettverk.

Også lav selvfølelse og opplevelse av å være en «avviker», kan være en opprettholdende faktor for rusmiddelavhengighet (Mørland & Waal, 2016). Her kommer aspektet om

---

<sup>40</sup> Seleksjonsbias/utvalgsbias, intervjubias, frafallsbias, skalabias (Staff, 2015).

*handlingskompetanse* inn, som peker på at individet får økt selvfølelse gjennom kompetanseheving og mestring i musikkaktivitetene (Ruud, 1997, 2017). Metasyntesen viser at deltakerne opplever *personlig utvikling* ved at musikkterapien gir utfordringer, mestringsopplevelser og at de lærer noe nytt. Dette kan igjen ha betydning for økt selvfølelse. I musikkterapien utrustes og myndiggjøres deltakerne. Dette kan igjen ha betydning for at de blir i stand til å ta tak i eget liv – et sentralt aspekt for både *personlig* og *sosial recovery* (Borg, 2009). Dette gjenspeiles i sitatene:

«Ja, påvirker andre ting. Se på skole - jobb. Mye jeg ikke har greid å møte opp på. Siste året møter jeg opp overalt egentlig. Begynner å få en innvirkning på meg. ... Har bare positive ting å si om tilbudet. Har vært i andre tilbud før, men tilbudet hos Joachim ble mye bedre fordi jeg har problemer med folkemengder, får ikke samme problemet der.»  
(Kielland & Taihaugen, 2017, s. 20)

Aspektet om *rusmestring* var også et av temaene som kom frem i den kvalitative metasyntesen. Flere av deltakerne snakket om at musikkterapi kan ha betydning for rusmiddelbruk i en eller annen grad. Samtidig ble jeg overrasket over hvor lite dette kom opp konkret, sammenlignet med hva jeg hadde forventet. Noen deltakere sa at musikkterapi fungerte som motivasjon for å holde seg nykter eller som en positiv distraksjon fra rustrang. Samtidig virket det som om det var flere aspekter enn rusmestring som var like viktig for deltakerne. Og enkelte av deltakerne sa at musikkterapi ikke stoppet dem «(...) fra å gå ned på nærmeste restaurant for å ta meg en halvliter» (Kielland & Selbekk, 2019, s. 31).

Det er vanskelig å si om dette sitatet gjelder flere av deltakerne eller ei. Deltakerne har som nevnt gitt opplevd nytte av musikkterapien svært høy score, derfor er det tydelig at musikkterapi oppleves som nyttig for deltakerne. Samtidig kan det hende at opplevd nytte ikke kun handler om rusmestring, men at det også er andre aspekter i livet som er minst like viktig, og at deltakerne opplever å bli møtt på disse behovene i musikkterapien. Uansett, er aspektet om at musikkterapi ikke nødvendigvis har betydning for rusmiddelbruk en viktig nyansering av musikkterapiens nedslagsfelt, og noe som bør undersøkes nærmere.

Et av aspektene ved musikkterapi som deltakerne trekker frem som nyttige, er hvordan musikkterapien fungerer motiverende nok for å stå opp, og til å komme seg ut av døra på egenhånd. Rusmiddelbruk over tid kan som nevnt ha konsekvenser for fungeringen av primæremosjonen SØKING og dopaminutskillelsen i hjernen, noe som igjen kan føre til nedstemthet og manglende lyst (Mørland & Waal, 2016). Karterud (2021, s. 111) beskriver

SØKING som den som «(...) får oss opp om morgenen, det som overhodet får oss til å interagere med verden, og ikke falle ned i apati». Med grunnlag i erfaringene som deltakerne beskriver, kan det tenkes at musikkterapi derfor kan ha en virkning på SØKING og dopamin, om enn indirekte. Musikken er motiverende nok til å prioritere å møte opp, og dette kan også ha betydning for oppmøte på andre områder, og slik få *ringvirkninger for hverdagen og livet*.

Deltakerne beskriver også musikkterapi er en lystbetont behandlingsform, et lyspunkt i hverdagen og noe å glede seg til. Alt dette kan knyttes til primæremosjonen SØKING (Karterud, 2021). Det at musikkterapi *gir positive følelser*, gir bedre humør og lettere sinnsstemning kan knyttes opp mot *vitalitetsfølelser*, som inneholder både spontanitet og refleksivitet (Ruud, 1997, 2017). Dette er aspekter som er gjenkjennelig i sitatene. Deltakerne sier musikkterapien gir mulighet for å uttrykke og regulere følelser, og «(...) å bare synte ut og få ut alt som lagrer seg inni meg» (Kielland, 2015, s. 17). Deltakerne snakker om at de *begynner å se lys*, og dette er noe som kan overføres til *håp og fremtidsoptimisme*, som aspekter ved recoveryprosessen i akronymet CHIME (Leamy et al., 2011).

Deltakerne forteller om at musikkterapi *er terapeutisk*, at timen går alt for fort, at den gir avkobling, mindre tankekjør og fungerer som et avbrekk fra virkeligheten. Alt dette kan handle om *her-og-nå-opplevelser*, noe som også er et premiss for intersubjektivitet og det å bygge en helende relasjon (Trondalen, 2016). Og selv om det altså var et fåtall av deltakerne som snakket om hvordan musikkterapi kan ha direkte betydning for rusmestring, beskriver flere av deltakerne at musikkterapien hjelper mot *årsakene* til rusmiddelbruken. Deltakerne forteller at de får bearbeidet traumer og uttrykt følelser i musikken, og flere forteller at de får jobbet med *angstmestring* i den sosiale eksponeringen i musikkterapien. Sorg, depresjon, angst og ensomhet var følelser som deltakerne nevnte at de fikk jobbet med i musikkterapien. Noen av deltakerne sa også at disse følelsene hadde en direkte kobling til rusmiddelbruk. Ser vi disse erfaringene i lys av forskning, støtter flere studier at musikkterapi kan hjelpe til å jobbe med slike vanskelige følelser (Albornoz, 2011; Hohmann et al., 2017; Tang et al., 2020; Aalbers et al., 2017).

Videre er bevisstgjøring av tanker og følelser erfaringer som deltakerne trekker frem. Også dette perspektivet kan knyttes til intersubjektivitet (Trondalen, 2016). I musikkterapien kan man jobbe med bevissthet rundt tanker og følelser, både i samtale og i arbeid med sangtekster: «Gjennom tekstene jeg skriver, reflekterer jeg over livet» (Dale, 2019, s. 18). Det er ikke kun



relasjonen ansikt-til-ansikt som kan fungere helende i musikkterapien. Også det musikalske kan være helende, med henvisning de helsefremmende aspektene i musikken (Ruud, 1997, 2017). Å spille instrumenter, synge, eller lytte til låter, kan være terapeutisk ved man har felles fokus på et objekt (musikken) og deler en intersubjektiv opplevelse (Trondalen, 2016). Dette kan gi rom for integrasjon av følelser:

«Jeg levde i mange år uten å kunne koble følelser og dette her i sammen. Nå er jeg i stand til det. Det virker veldig godt for meg og jeg er sikker på at det vil virke for andre også».  
(Kielland & Selbekk, 2019, s. 28)

Det siste perspektivet som kommer frem i metasyntesen, er aspektet om at musikkterapi tilbudet er på *deltakerens premisser*. Dette var kategorien med færrest sitater. Samtidig er dette viktige perspektiver, fordi det handler om at deltakerne er forskjellige og har ulike behov. Deltakerne sier de erfarer at det er trygt å delta i musikkterapien, at det er fleksibelt og at den enkelte får lov til å tilpasse timene. Dette kan knyttes til hvordan recovery kan være en *dypt personlig prosess* (Anthony, 1993), der et terapeutisk tilbud ikke strømlinjeformes, men inkluderer *brukerperspektivet* (Dahl, 2021; Solli et al., 2013). Deltakerne sier: «Med musikkterapi er det mulig å få til ting, og jeg blir tatt på alvor» (Taihaugen, 2017, s. 14). Tilpasning er relevant i møte med rusmiddelavhengighet ettersom det er en kompleks lidelse der det *fysiske, psykologiske og kontekstuelle* spiller en rolle. Kompleksiteten i rusmiddelavhengighet er et argument for fleksibilitet og tilpasning av metoder for å finne gode måter å møte den enkelte på. Dette vektlegges spesielt i den *humanistiske musikkterapien* (Ruud, 2008, 2010). Kompleksiteten er også et argument for at *helheten* av tilbudet er viktig, fordi det er ulike behov hos de ulike deltakerne. Der en person trenger en nær, terapeutisk relasjon, er behovet for en annen person et sosialt nettverk og noe meningsfullt å gå til. Som vi har sett, kan musikkterapi tilby alt dette. Det at musikkterapien kan dekke ulike behov, kan være en av årsakene til at deltakerne graderer tilbudene såpass høyt, tvers over landet. Samtidig er det viktig å huske på stemmene som ikke kommer frem i sitatene fra de som ikke ble intervjuet fordi de sluttet etter én gang, eller de som ikke tør å være med:

«Jeg snakker med folk som ikke har drevet med musikk før – det står på lappen av at man ikke trenger å spille noe. Men de har sagt til meg at det er en bremsekloss for dem – at de føler at de ikke har noe her å gjøre». (Kielland & Selbekk, 2019, s. 30)

### 5.1.1 Funnene sett i lys av annen forskning

Ser vi funnene fra denne oppgaven i lys av annen forskning, samsvarer disse i stor grad. Dette gjelder særlig erfaringene fra den kvalitative metasyntesen. Funnene fra syntesen samsvarer både med Overå (2013), Kristiansen (2013) og Solum (2016). Studien samsvarer også med det som kommer frem i litteraturgjennomgangene fra Larsen (2018) og Hohmann et al. (2017). Ikke minst er perspektivet om at musikkterapi er en motiverende behandlingsform, noe som samsvarer med funnene i Gold et al. (2013) og Wu et al. (2020). De kvantitative graderingene av tilfredshet er vanskeligere å overføre til eksisterende forskning, særlig fordi det er få studier som har målt dette. En studie, Dingle et al. (2008), trekker frem at deltakerne rangerer «enjoyment» til 4,25 av 5. Dette kan tilsvare den positive tendensen som jeg har funnet i denne analysen knyttet til deltakernes tilfredshet. Samtidig er det få studier som direkte undersøker tilfredshet av musikkterapitilbud. Ut over dette, er det få studier som har gjort mixed method-forskning på musikkterapi i rusmiddelfeltet. Derfor vil denne studien gi et utfyllende bidrag til dette forskningsfeltet.

## 5.2 Metodekritikk

I siste del av diskusjonskapittelet vil jeg trekke frem noen kritiske aspekter knyttet til gjennomføringen av denne studien, både om denne syntesen og om rapportenes kvalitet. Korus-rapportene er først og fremst evalueringsrapporter, ikke fagfelleurdert forskning. Derfor er de metodiske kravene noe lavere enn til ordinær forskning. For at denne oppgaven skal være transparent, er det nødvendig å trekke frem rapportenes svakheter. Disse kan ha konsekvenser for studiens gyldighet og pålitelighet.

### 5.2.1 Ureflektert metodebruk i rapportene

Rapportforfatterne har innhentet både tall og tekst. Samtidig redegjør de ikke for hvorfor de har gjennomført en mixed method-undersøkelse. Begge datatyper gir riktignok nyttig informasjon om deltakernes erfaring og tilfredshet med tilbudet, men forfatterne tar for gitt at datatypene kan samles i samme rapport, til tross for at disse kommer fra to ulike forskningsparadigmer. Videre er innhentingemetodene noe varierende. Noen av studiene har gjort lydopptak og transkripsjon av intervjuene, mens enkelte rapporter har kun notert deltakernes utsagn skriftlig uten lydopptak, og kan ha gått glipp av viktig informasjon eller gjort fortolkninger av utsagn i noteringsprosessen. I tillegg har deltakerne også gradert tilbudet som en del av intervjuet, i direkte kontakt med intervjuer. Det å evaluere et tilbud i

direkte kontakt med intervjuer, kan resultere i «the good subject-effect» (Nichols & Maner, 2008) der deltakeren tilpasser seg det den tror intervjueren ønsker. Dette kan ha påvirket graderingen i mer positiv grad enn hvis det hadde vært en anonymisert spørreundersøkelse.

### 5.2.2 Kjønnfordeling

Kjønnfordelingen i rapportene er gjennomgående skjev. Dette kan være på grunn av hvem som benytter seg av tilbudet og hva kjønnfordelingen i behandlingstilbudet generelt er. Uavhengig av dette, kan en skjev kjønnfordeling ha betydning for hva vi får ut av forskningen. I denne sammenhengen kan vi gå glipp av viktige synspunkter fra kvinnelige deltakere. I Dale (2019) uttrykker en av deltakerne at det er behov om å også ha kvinnelig musikkterapeut (noe som ikke var tilfellet, da intervjuet ble gjennomført). Og to av deltakerne i Kielland og Selbekk (2019, s. 21) trekker frem at det var viktig med en kvinne i musikkterapitilbudet: «Viktig at det kom inn en kvinnelig terapeut for jentene her. Tror det har gjort det litt bedre og litt tryggere å komme fram». I tråd med Johnsen (2016), kan dette tyde på at kjønnsperspektivet er noe som bør tas høyde for både i fremtidig forskning og i utvikling av musikkterapitilbud til denne gruppen.

### 5.2.3 Kopiering

To av rapportene (Kielland & Selbekk, 2019, s. 19; Kielland & Taihaugen, 2017, s. 13) gjentar enkelte formuleringene på tvers av rapporter. Dette gjelder formuleringen: «De setter stor pris på at det er lav terskel for å ta kontakt med terapeutene og at tilbudet er tilgjengelig. Sist, men ikke minst representerer musikkterapeutene stabilitet gjennom tett oppfølging og fleksibel tilrettelegging/er fleksible når det gjelder tilrettelegging». Denne gjentas så og si ordrett. Også setningen: «De setter stor pris på musikkterapeutenes fleksibilitet, engasjement og tilgjengelighet/De uttrykker at de setter stor pris på musikkterapeutenes fleksibilitet, imøtekommenhet, engasjement og tilgjengelighet» gjentas nesten ordrett. Disse formuleringene er muligens basert på at rapportene er gjort over kort tid, eller at det er formuleringer som forfatterne bruker mye, ettersom en av forfatterne er den samme i begge rapporter. I tillegg er disse bare utdrag fra en større tekst. Resten av rapportene er unike. Likevel synes jeg det er viktig å trekke frem dette, fordi det kan ha betydning for formidlingen av deltakernes opplevelser, og at disse er basert på «ferdig formulerte tanker».

#### 5.2.4 Evalueringsrapporter

Rapportene er først og fremst gjort som evaluering av et tilbud. Evalueringer brukes gjerne som et verktøy for å vurdere betydningen av et tilbud, noe som kan få konsekvenser for videre utvikling av tilbudet eller videreføring av midler. I flere av rapportene spørres det i tillegg hva deltakerne tenker om at tilbudet skal videreføres og bli et fast tilbud. Det at deltakerne er klar over at tilbudet ikke er en selvfølge, men er avhengig av støtte for å fortsette, kan ha betydning for hvordan tilfredshet graderes. Deltakerne kan også ha en interesse av at tilbudet vurderes som positivt. Dale (2019) skriver at evalueringsrapporten fra 2014 vurderte et nytt tilbud og at dette kunne være en årsak til de høye graderingene. Samtidig viser rapporten fra 2019 tilsvarende høye tall, til tross for en dobling av antall deltakere og at tilbudet var blitt fast. Dette kan tyde på at den positive responsen var uavhengig dette i Bergen.

#### 5.2.5 Små utvalg

Et siste moment, er at halvparten av rapportene forholdsvis små, med fem til ti deltakere. Derfor kan det tenkes at disse gjennomsnittsverdiene er noe kunstige, sammenlignet med rapportene med større utvalg. Snittverdiene fra de små rapportene ville sannsynligvis vært noe mer nyansert med et høyere antall deltakere, noe som også ville påvirket resultatet i denne studien. I tillegg, hvis jeg hadde hatt informasjon om spredningen i gjennomsnittene fra rapportene, kunne vi fått et bedre inntrykk av om homogeniteten i materialet.

### 5.3 Kritikk av egen metode

I valg av rapporter har jeg begrenset meg til syv rapporter fra Korus. Dermed er det empiri som kunne besvart problemstillingen som ikke er inkludert, noe som kan ha gjort at viktige innspill fra andre studier mangler. Denne forskningen kan derfor ikke anses som en systematisk oversikt over eksisterende forskning på feltet, som en ordinær syntese kunne vært. Videre er det ikke tatt høyde for ulik kontekst i rapportene. Rapportene er slått sammen som om de var helt like, og det er ikke tatt høyde for kompleksiteten i materialet og man dermed kan stå i fare for å fjerne funnene fra sin opprinnelige kontekst (Thomas & Harden, 2008).

I syntesen har jeg fortolket allerede fortolket materiale. Selv om det er brukt direkte sitater, er disse allerede valgt ut av forfatterne og jeg har ingen kunnskap om kontekst rundt, både kontekst rundt sitatet og rundt det enkelte tilbud. Dette er noe jeg merket i kodingen av

sitatene, der noen av sitatene var utydelige om hva de egentlig handlet om. Dette var særlig utfordrende i de korte sitatene fra Dale (2014, 2019). Et eksempel er: «Musikkterapi er noe annerledes» (Dale, 2019, s. 14). Dette var vanskelig å tolke fordi det var utydelig om det var positivt eller negativt. Mangel på kontekst kan ha ført til at jeg har mistolket sitater. I tillegg er mine koder basert på hva jeg vektlegger i min fortolkning. Dette har betydning for funnene i analysen, hvor jeg kan ha feiltolket sitater eller oversett viktige momenter. På den andre siden, har jeg fått tilgang til direkte sitater og kommer slik nærmere primærkilden. Jeg har vektlagt å legge kodene så tett opp mot originalsitatet som mulig, noe som kan være en styrke med min studie sammenlignet med andre metasynteser.

Spørsmålet om *tilfredshet med innhold* er omformulert i Dale (2019)<sup>41</sup>. Omformuleringen er noe mer diffus, men jeg vurderte at spørsmålene omhandlet omtrent det samme. Derfor inkluderte jeg dette spørsmålet i metaanalysen. Det betyr at graderingen av tilfredshet med innhold ikke er målt helt presis fordi deltakerne svarer på ulike spørsmål.

Et siste moment, handler om mixed method og at jeg mikser to typer datamateriale som bygger på ulike forskningstradisjoner. Jeg har begrunnet for valgene gjennom filosofisk og metodisk redegjørelse i begynnelsen av kapittelet. Jeg har argumentert for at det er mulig fra et pragmatisk perspektiv, men andre kan være uenig i at dette lar seg gjøre. Med dette som bakgrunn, vil jeg til slutt vurdere denne studiens gyldighet og pålitelighet.

### 5.3.1 Studiens gyldighet og pålitelighet

*Indre gyldighet* handler i hvilken grad mine funn samsvarer med deltakernes erfaringer, samt om jeg måler det jeg skal måle (Postholm & Jacobsen, 2018). For å holde syntesen så tett opp mot deltakernes erfaringer som mulig, er sitatene vektlagt med mål om å fremheve brukerstemmene. Samtidig kan denne analysen være basert på fortolkning, fordi jeg forstår deltakernes utsagn ut fra min forforståelse. I tillegg, er funnene basert på en syntese av andres undersøkelser, noe som gjør at vi mangler kunnskap om sammenheng og kontekst rundt intervju og musikkterapitilbud. På den andre siden, samsvarer de kvalitative funnene med rapportforfatterens analyser og konklusjoner<sup>42</sup>. Dette kan tyde på at den indre gyldigheten er

---

<sup>41</sup> Fra «*Hvor tilfreds har du vært med innholdet i musikkterapitilbudet?*» til «*Kor tilfredse har informantane vore med å delta i musikkterapien*»

<sup>42</sup> Jeg leste over samtlige rapporters oppsummeringer og analyser av funnene, for å undersøke om disse samsvarte. Jeg har utelatt dette fra oppgaven på grunn av omfang.

god, fordi min tolkning av deltakernes sitater ligner deres tolkning. I den kvantitative metaanalysen er studienes gjennomsnitt vektet, basert på utvalgsstørrelse for å unngå skjevfordeling og måle rett. Samtidig har mangler jeg informasjon om variasjonen innenfor de ulike rapportene, noe som påvirker denne studiens indre gyldighet.

*Ytre gyldighet* viser til i hvilken grad mine funn kan overføres til andre kontekster (Postholm & Jacobsen, 2018). Dette kan handle om geografisk bredde, antall deltakere og at rapportene har samsvarende resultater. Mange av temaene som tas opp i intervjuene er gjennomgående på tvers av rapportene. Dette kan tyde på at innholdet i deltakernes erfaringer er uavhengig kontekst. I den kvalitative metasyntesen har jeg analysert et forholdsvis stort materiale fra deltakernes erfaringer, med omtrent 290 kodede sitater fra til sammen 80 deltakere. I tillegg har dette vært direkte sitater, noe som gjør at resultatene i stor grad baserer seg på brukerstemmen. Dette kan styrke den ytre gyldigheten av den kvalitative metasyntesen, sammenlignet med andre tilsvarende synteser, basert på allerede fortolket materiale. På den andre siden, er den kvantitative metaanalysen fremdeles liten med syv punkter. Noen av rapportene er svært små og gjennomsnittet av disse kan være skjevt sammenlignet med et større utvalg. Derfor er den ytre gyldigheten av den kvantitative analysen fremdeles begrenset.

*Pålitelighet* handler om i hvilken grad denne studien kan gjentas på et annet tidspunkt, og gi samme resultat (Postholm & Jacobsen, 2018). I denne sammenhengen vil det handle om å gjenta syntesen av de syv Korus-rapportene. De kvantitative utregningene vil kunne gjøres igjen, ettersom disse er basert på eksisterende målinger. I den kvalitative metasyntesen og i kryss-syntesen derimot, er resultatene i større grad basert på min vurdering og fortolkning. Derfor er det sannsynlig at en annen forsker vil kunne trekke frem andre funn, bruke andre begreper og basere seg på andre teoretisk perspektiver for å beskrive funnene.

Ut over dette, er rapportene gjort over en periode på syv år. Rapportene fra Bergen og Fredrikstad har evaluert tilbudet to ganger, henholdsvis etter fem og to år. Graderingene er forholdsvis jevne, fra første til andre evalueringsrapport, selv om utvalgene også er større. Dette kan tyde på at resultatene fra disse rapportene er konsistente, noe som også kan gjelde de øvrige rapportene og kan tyde på pålitelighet.

## 6 Konklusjon og anbefaling for videre forskning

Problemstillingen for oppgaven har vært: «*Hva sier et utvalg rapporter om deltakernes erfaringer og tilfredshet med musikkterapi som en del av behandlings- og oppfølgingstilbudet innenfor rusomsorgen?*» For å besvare denne, har jeg gjennomført en mixed method-syntese av syv rapporter fra Korus. Funnene fra syntesen viser at deltakerne er svært tilfredse med musikkterapi som en del av et behandlings- og oppfølgingstilbud innenfor rusomsorgen, og gir høy score til både innhold, oppfølging, rammer og opplevd nytte. Deltakerne erfarer *rusmestring, personlig utvikling, at det er terapeutisk, at det gir positive følelser, at de knytter relasjoner, at det foregår på deltakerens premisser*, samt at musikkterapien gir *ringvirkninger for hverdagen og livet*. Jeg har argumentert for at tilfredshet og erfaringer er to sider av samme sak, og at begge gir viktige innspill til hvordan musikkterapi oppleves som en del av et oppfølgings- og behandlingstilbud innen rusomsorgen.

Videre forskning bør undersøke hvorvidt deltakernes tilfredshet også er gjeldende ved et større utvalg. Det vil også være nødvendig å ta høyde for kjønnsperspektivet i fremtidig forskning, både ved å vekte antall menn og kvinner likt, og ved å gjennomføre kjønnsspesifikk forskning for å få mer kunnskap om hvilke tema som er relevante for det enkelte kjønn. Dette er forskning som også kan ha betydning for videre utvikling av musikkterapitilbud til denne målgruppen. Ikke minst er det et stort behov generelt for forskning på musikkterapi innen rusmiddelfeltet på høyere nivå enn masteroppgave i norsk kontekst. Dette begrunnes ut fra at musikkterapi nå er anbefalt av Helsedirektoratet i Nasjonale faglige retningslinjer ved avrusning og for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet.

## 7 Kilder

- Albornoz, Y. (2011). The effects of group improvisational music therapy on depression in adolescents and adults with substance abuse: A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(3), 208–224.  
<https://doi.org/10.1080/08098131.2010.522717>
- Ansdell, G. (2002). Community Music Therapy & The Winds of Change : A Discussion Paper. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2(2).  
<https://doi.org/10.15845/voices.v2i2.83>
- 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>
- Aurlien, K. (2015). *Musikkterapi med personer med rusmiddelproblemer* [Masteroppgave]. Universitetet i Bergen.
- Berg, J. P., & Otterholt, E. (2022). Kortisol. I *Store medisinske leksikon*.  
<http://sml.snl.no/kortisol>
- Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (2016). Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction [Forfatterens manuskript]. *American Psychologist*, 71(8), 1–17. <https://doi.org/10.1037/amp0000059>
- Biesta, G. (2010). Pragmatism and the philosophical foundations of mixed methods research. I A. Tashakkori & C. Teddlie (Red.), *Sage handbook of mixed methods in social and behavioral research*. (2. utg., s. 95–118). SAGE Publications, Inc.
- Bjørnstad, J. (2017). Spredningsmål. I *Store norske leksikon*.  
<http://snl.no/spredningsm%C3%A5l>
- Blood, A. J., & Zatorre, R. J. (2001). Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98(20), 11818–11823.  
<https://doi.org/10.1073/pnas.191355898>
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(5), 452–459.
- Borg, M., & Askheim, O. P. (2010). Deltagerbasert forskning i psykisk helsearbeid – et bidrag til mer «brukbar» kunnskap? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(2), 100–109. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2010-02-02>
- Bradt, J. (2016). Systematic Review and Meta-analysis. I B. L. Wheeler & K. M.



- Murphy (Red.), *Music Therapy Research* (3. utg., s. 622–634). Barcelona Publishers.
- Bradt, J., Burns, D. S., & Creswell, J. W. (2013). Mixed Methods Research in Music Therapy Research. *Journal of Music Therapy*, 50(2), 123–148.  
<https://doi.org/10.1093/jmt/50.2.123>
  - Bramness, J. G. (2014). Rus, rusmiddel, rusgift, misbruk og skadelig bruk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134(20). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0905>
  - Bramness, J. G. (2021a). G13.1 Rusmiddelgrupper. I *Norsk Legemiddelhåndbok*. Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok.  
[https://www.legemiddelhandboka.no/G13/Rusmiddelbruk\\_og\\_avhengighetstilstander](https://www.legemiddelhandboka.no/G13/Rusmiddelbruk_og_avhengighetstilstander)
  - Bramness, J. G. (2021b). Innledende ord. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utgave, s. 5–7). Gyldendal. [https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2021012248503](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2021012248503)
  - Bramness, J. G., & Bachs, L. (2021). Avhengighet. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/avhengighet>
  - 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* (3. utg.). Barcelona Publishers.
  - Bye, K. D. (2015). *Musikkterapi og rusmiddelfeltet. Holdninger til behandling av mennesker med rusmiddelproblematikk beskrevet gjennom litteratur fra musikkterapi og statlige dokumenter* [Masteroppgave]. Universitetet i Bergen.
  - Carter, A., Hall, W., & Nutt, D. (2009). Neurology of Addiction. I *Addiction neurobiology: Ethical and social implications* (s. 29–52). Publications Office.  
<https://data.europa.eu/doi/10.2810/48676>
  - Cramer, D., & Howitt, D. (2004a). Confidence interval. I *The Sage dictionary of statistics: A practical resource for students in the social sciences* (s. 32–33). Sage Publications.
  - Cramer, D., & Howitt, D. (2004b). Confidence interval of the mean. I *The Sage dictionary of statistics: A practical resource for students in the social sciences* (s. 33–35). Sage Publications.
  - Cramer, D., & Howitt, D. (2004c). Standard deviation (SD). I *The Sage dictionary of statistics: A practical resource for students in the social sciences* (s. 156–157). Sage Publications.
  - Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2. utg.). SAGE Publications, Inc.

- Dahl, T. (2021). Recoveryperspektivet. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utgave, s. 63–93). Gyldendal. [https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2021012248503](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2021012248503)
- Dale, R. (2014). *Evaluering av prosjekt «musikkterapi» ved Hjellestadklinikken Stiftelsen Bergensklinikkene*. Kompetansesenter rus - region vest Bergen.
- Dale, R. (2019). *BRUKARERFARINGER - Evaluering av musikkterapi ved Bergensklinikken*. Kompetansesenter rus vest Bergen.
- Dingle, G. A., Gleadhill, L., & Baker, F. A. (2008). Can music therapy engage patients in group cognitive behavior therapy for substance abuse treatment? *Drug and Alcohol Review*, 27(2), 190–196. <https://doi.org/10.1080/09595230701829371>
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning: En introduksjon og oversikt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(2), 100. <https://doi.org/10.7557/14.244>
- Edland-Gryt, M., Amundsen, E. J., & Christiansen, S. T. G. (2022). *Behandling for rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-narkotikaproblemer-i-spesialisthelsetjenesten/>
- Everitt, B. (2006). Weighted average. I *The Cambridge dictionary of statistics* (3rd ed, s. 421). Cambridge University Press.
- Fachner, J. (2010). Music Therapy, Drugs and State-dependent Recall. I J. Fachner & D. Aldridge (Red.), *Music Therapy and Addiction* (s. 17). Jessica Kingsley Publishers.
- Feilzer, M. Y. (2010). Doing Mixed Methods Research Pragmatically: Implications for the Rediscovery of Pragmatism as a Research Paradigm. *Journal of Mixed Methods Research*, 4(1), 6–16. <https://doi.org/10.1177/1558689809349691>
- Fekjær, H. O. (2016). *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie* (4. utg.). Gyldendal akademisk.
- FHI. (2021, februar 16). *Cochrane*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/cochrane/>
- Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, Ł., Chen, X.-J., Heldal, T. O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, 1–83. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub4>
- Ghetti, C., Chen, X.-J., Brenner, A. K., Hakvoort, L. G., Lien, L., Fachner, J., & Gold, C. (2020). Music therapy for people with substance use disorders. *Cochrane Database*

- of Systematic Reviews*, 1–15. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012576.pub2>
- Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Heldal, T. O., Tjemsland, L., Aarre, T., Aarbø, L. E., Rittmannsberger, H., Stige, B., Assmus, J., & Rolvsjord, R. (2013). Individual Music Therapy for Mental Health Care Clients with Low Therapy Motivation: Multicentre Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 319–331. <https://doi.org/10.1159/000348452>
  - Haga, W. (2021). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i Rusbehandling* (3. utg., s. 319–335).
  - Halås, M. S. (2019). *MUSIKKTERAPEUTER SOM PROFESJONGRUPPE I NORGE - En kartleggingsundersøkelse av musikkterapeuter som er medlem i Norsk forening for musikkterapi sin utdanning, arbeidsfelt og tilsetningsforhold*. [Masteroppgave]. Universitetet i Bergen.
  - Harden, A., & Thomas, J. (2010). Mixed methods and systematic review: Examples and Emerging Issues. I A. Tashakkori & C. Teddlie (Red.), *SAGE's Handbook of Mixed Methods* (2. utg., s. 749–774). SAGE Publications, Inc.
  - Helsedirektoratet. (u.å.). *Ventetider for Alkoholproblemer, rus- og avhengighetsbehandling*. Hentet 8. mai 2022, fra <https://tjenester.helsenorge.no/velg-behandlingssted/behandlinger/ventetider-for?bid=90>
  - Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse—ROP-lidelser: Sammensatte tjenester—Samtidig behandling* (IS-1948).
  - Helsedirektoratet. (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser: Nasjonale Faglige Retningslinjer*. Helsedirektoratet.
  - Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonalt faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler* [Nettdokument]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler>
  - Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonalt faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* [Nettdokument]. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
  - Heyvaert, M., Maes, B., & Onghena, P. (2011). Applying Mixed Methods Research at the Synthesis Level: An Overview. *Research in the Schools: A Nationally Refereed Journal Sponsored by the Mid-South Educational Research Association and the*

*University of Alabama*, 18(1), 12–24.

- Heyvaert, M., Maes, B., & Onghena, P. (2013). Mixed methods research synthesis: Definition, framework, and potential. *Quality & Quantity*, 47(2), 659–676.  
<https://doi.org/10.1007/s11135-011-9538-6>
- Hiller, J. (2016). Epistemological Foundations of Objectivist and Interpretivist Research. I *Music Therapy Research* (3. utg., s. 1). Barcelona Publishers.
- Hohmann, L., Bradt, J., Stegemann, T., & Koelsch, S. (2017). Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: A systematic review. *PLOS ONE*, 12(11), 1–36.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187363>
- Horesh, T. (2006). Working with the Destructive and Healing Powers of Popular Music in the Treatment of Substance Abusers. I D. Aldridge & J. Fachner (Red.), *Music and Altered States : Consciousness, Transcendence, Therapy, and Addictions* (s. 125–139).
- Horesh, T. (2010). Drug Addicts and Their Music: A Story of a Complex Relationship. I J. Fachner & D. Aldridge (Red.), *Music Therapy and Addictions* (s. 58–74). Jessica Kingsley Publishers.
- Hustvedt, I. B., Bosnic, H., & Håland, M. E. (2021). *BrukerPlan Årsrapport 2020*.
- Hwang, E.-Y., & Oh, S.-H. (2013). A Comparison of the Effects of Music Therapy Interventions on Depression, Anxiety, Anger, and Stress on Alcohol-Dependent Clients: A Pilot Study. *Music and Medicine*, 5(3), 136–144.  
<https://doi.org/10.1177/1943862113495894>
- Høiseth, A. (2020, mars 6). *P-verdier og konfindensintervall er det samme*. Tidsskrift for Den norske legeforening. <https://tidsskriftet.no/2020/02/kommentar/p-verdier-og-konfindensintervall-er-det-samme>
- Johansson, K. (2016). Mellom hermeneutikk og fenomenologi—Et essay i vitenskapsteori. *Musikkterapi*, 2(1). <https://doi.org/10.1080/08098131.2015.1088057>
- Johansson, K. (2019). *Musikkterapi som del av oppsøkende og forebyggende arbeid med utsatt ungdom og unge voksne: Rapport om musikkterapeutilbudet i Uteseksjonen i Oslo* (Bd. 5). NMH-publikasjoner, Uteseksjonen, Velferdsetaten i Oslo kommune, Korus Oslo (Kompetansesenter rus - Oslo).
- Johnsen, K. M. M. (2016). *Music therapy, women and substance use problems: A systematic literature review and thematic synthesis*. [Masteroppgave]. Universitetet i Bergen.

- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112–133. <https://doi.org/10.1177/1558689806298224>
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal akademisk.
- Karterud, S. (2021). Evolusjon, personlighet og rus. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i Rusbehandling* (3. utg., s. 105–126). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kavanagh, J., Campbell, F., Harden, A., & Thomas, J. (2012). Mixed Methods Synthesis: A Worked Example. I K. Hannes & C. Lockwood (Red.), *Synthesizing Qualitative Research* (s. 113–136). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119959847.ch6>
- Kielland, T. (2015). *Musikkterapi i kommunalt rusarbeid*. Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helsevern, Kompetansesenter rus – region øst.
- Kielland, T., & Selbekk, A. S. (2019). *Musikkterapi: Gir meg en sånn positiv følelse inne i meg at jeg kan*. Fagrådet - Rusfeltets hovedorganisasjon.
- Kielland, T., Solli, H. P., & Trondalen, G. (2020). *Etableringshåndbok for musikkterapi i rus- og psykisk helsetjeneste*. NMH-publikasjoner.
- Kielland, T., & Taihaugen, M. (2017). *Musikkterapi i kommunalt rusarbeid*. Kompetansesenter rus - region øst.
- Koelsch, S. (2010). Towards a neural basis of music-evoked emotions. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(3), 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.01.002>
- KORUS. (u.å.). *Om KORUS*. korus.no. Hentet 16. april 2022, fra <https://korus.no/>
- Kristiansen, D. L. (2013). *Nye muligheter: En eksplorativ studie av deltakeres opplevelse i musikkterapigruppe innen rusbehandling* [Masteroppgave]. Norges Musikkhøgskole.
- Kristiansen, D. L. (2016). *Bruker- og medarbeiderundersøkelse om musikkterapi ved Tyrili Kampen 2015*. Tyrili Utvikling- og Prosjektstiftelse. <https://docplayer.me/docview/37/17842660/#file=/storage/37/17842660/17842660.pdf>
- Kvamme, T. S. (2013). *Glimt av glede: Musikkterapi med demensrammede som har symptomer på depresjon og angst*. Norges musikkhøgskole.
- Kåss, E. (2021). Somatisk. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/somatisk>
- Lappegard, Ø. (2017). Metodetriangulering. *Utposten*, 46(3), 20–23.
- Larsen, O. S. D. (2018). *Musikkterapi for mennesker med rusmiddelproblematikk: En*

*kvalitativ metasyntese om erfaringer og opplevelser* [Masteroppgave]. Universitetet i Agder.

- 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. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Meadows, A. (2016). Introduction to Statistical Concepts. I K. M. Murphy & B. L. Wheeler (Red.), *Music Therapy Research* (3. utg., s. 21). Barcelona Publishers.
- Meadows, A., & Wimpenny, K. (2016). Synthesis of Mixed Method Research. I B. L. Wheeler & K. M. Murphy (Red.), *Music Therapy Research* (3. utg., s. 646–653). Barcelona Publishers.
- Menon, V., & Levitin, D. J. (2005). The rewards of music listening: Response and physiological connectivity of the mesolimbic system. *NeuroImage*, 28(1), 175–184.  
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.05.053>
- Mørland, J., & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget.  
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999919859883502202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Nesvåg, S. (2012). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 55–77). Akribe AS.
- Nichols, A. L., & Maner, J. K. (2008). The Good-Subject Effect: Investigating Participant Demand Characteristics. *The Journal of General Psychology*, 135(2), 151–166. <https://doi.org/10.3200/GENP.135.2.151-166>
- Nilstun, C. (2018). Konfigurasjon. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/konfigurasjon>
- Norderhaug, I. N., Fure, B., Reinart, L. M., Klemp, M., & Jamtvedt, G. (2012). Hva er en metodevurdering (HTA), en systematisk oversikt og en metaanalyse: Når og hvordan brukes de? *Michael*, 2(9), 109–117.
- Næsheim, D. (2021). *Huset imellom verdener. Et samarbeid mellom en musikkterapi-student og deltakere ved et rusfritt lavterskeltilbud om å utvikle en samspillsgruppe*. [Masteroppgave]. Norges Musikkhøgskole.
- Overå, M. (2013). *Hekta på Musikk*. Senter for Musikk og helse.
- Panksepp, J. (2004). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal*

*Emotions*. Oxford University Press.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=690643&site=ehost-live>

- Postholm, M. B., & Jacobsen, D. I. (2018). *Forskningsmetode for masterstudenter i lærerutdanningen*. Cappelen Damm akademisk.
- Rolvsjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (3. utg., s. 123–137). NMH-publikasjoner.
- Rolvsjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Barcelona Pub.
- ROP. (2012). *Dette bør du vite om de nye rusdiagnosene*. ROP.  
<https://rop.no/arkiv/dette-bor-du-vite-om-de-nye-rusdiagnosene/>
- Ruud, E. (1997). Music and Quality of Life. *Nordic Journal of Music Therapy*, 6(2), 86–97.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (s. 5–28). NMH-publikasjoner.
- Ruud, E. (2010). *Music Therapy: A Perspective From the Humanities*. Barcelona Publishers.  
[https://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fNDQ1ODE1X19BTg2?sid=6f2ae3ba-8cfd-4efd-a971-921d0c7a20d6@pdc-v-sessmgr03&vid=0&format=EB&lpid=lp\\_102&rid=0](https://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fNDQ1ODE1X19BTg2?sid=6f2ae3ba-8cfd-4efd-a971-921d0c7a20d6@pdc-v-sessmgr03&vid=0&format=EB&lpid=lp_102&rid=0)
- Ruud, E. (2017). Music, Identity and Health. I R. Macdonald, D. J. Hargreaves, & D. Miell, *Handbook of Musical Identities* (s. 589–601). Oxford University Press.
- Salimpoor, V. N., Benovoy, M., Larcher, K., Dagher, A., & Zatorre, R. J. (2011). Anatomically distinct dopamine release during anticipation and experience of peak emotion to music. *Nature Neuroscience*, 14(2), 257–262.  
<https://doi.org/10.1038/nn.2726>
- Sandelowski, M., Voils, C. I., & Barroso, J. (2006). Defining and Designing Mixed Research Synthesis Studies [Forfatterens manuskript]. *Research in the Schools: A Nationally Refereed Journal Sponsored by the Mid-South Educational Research Association and the University of Alabama*, 13(1), 1–15.
- Short, A. D. L., & Dingle, G. A. (2016). Music as an auditory cue for emotions and cravings in adults with substance use disorders. *Psychology of Music*, 44(3), 559–573.  
<https://doi.org/10.1177/0305735615577407>

- Silverman, M. J. (2011). Effects of Music Therapy on Change Readiness and Craving in Patients on a Detoxification Unit. *Journal of Music Therapy*, 48(4), 509–531.  
<https://doi.org/10.1093/jmt/48.4.509>
- Silverman, M. J. (2012). Effects of Group Songwriting on Motivation and Readiness for Treatment on Patients in Detoxification: A Randomized Wait-List Effectiveness Study. *Journal of Music Therapy*, 49(4), 414–429.  
<https://doi.org/10.1093/jmt/49.4.414>
- Silverman, M. J. (2019). Effects of group-based educational songwriting on craving in patients on a detoxification unit: A cluster-randomized effectiveness study. *Psychology of Music*, 47(2), 241–254. <https://doi.org/10.1177/0305735617743103>
- Silverman, M. J., Baker, F. A., & MacDonald, R. A. R. (2016). Flow and meaningfulness as predictors of therapeutic outcome within songwriting interventions. *Psychology of Music*, 44(6), 1331–1345. <https://doi.org/10.1177/0305735615627505>
- Skjøtskift, S. (2012). Rusmidlenes virkninger. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 99–120). Akribe AS.
- Skog, O. J. (2005). Choice, Social Interaction and Addiction: The Social Roots of Addictive Preferences. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 16, 145–171. [https://doi.org/10.1016/S0731-2199\(05\)16007-5](https://doi.org/10.1016/S0731-2199(05)16007-5)
- Skretting, A. (2010). Behov for språk- og begrepsrøkt. I E. J. Amundsen, *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang* (Bd. 4). SIRUS.
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery—En veiledning for psykisk helsepersonell*. (I. Wormdahl & L. B. Ødegaars, Overs.; 2. utg.). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Slade, M., Adams, N., & O’Hagan, M. (2012). Recovery: Past progress and future challenges. *International Review of Psychiatry*, 24(1), 1–4.  
<https://doi.org/10.3109/09540261.2011.644847>
- Smedslund, G. (2013). Metaanalyse. *Norsk Epidemiologi*, 23(2).  
<https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1636>
- Solli, H. P. (2012). Med pasienten i førersetet—Recovery: Perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid. *Musikkterapi i Psykiatrien Online*, 7(2), 23–44.  
<https://doi.org/DOI: 10.5278/ojs/mipo/2edleel2>
- Solli, H. P., Rolvsjord, R., & Borg, M. (2013). Toward Understanding Music Therapy as a Recovery-Oriented Practice within Mental Health Care: A Meta-Synthesis of Service Users’ Experiences. *Journal of Music Therapy*, 50(4), 244–273.



<https://doi.org/10.1093/jmt/50.4.244>

- Solum, E. M. B.-D. (2016). *Et biopsykososialt perspektiv på musikkterapi. En studie av deltakeres opplevelser av egen helse i en musikkterapigruppe i et rusfritt fritidstilbud* [Masteroppgave]. Norges Musikkhøgskole.
- Staff, A. (2015, juni 23). *Bias*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/bias/>
- Stige, B., & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to community music therapy*. Routledge.
- Store norske leksikon. (2020). Syntese. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/syntese>
- 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>
- Stølen, T. (u.å.). Pragmatisme. I *Store norske leksikon*. Hentet 22. mars 2022, fra <https://snl.no/pragmatisme>
- Sveen, U. (2020). Flow-teori. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/flow-teori>
- Taihaugen, M. (2017). *Musikkterapi i kommunalt rusarbeid: Et musikalsk tilbud tilpasset alle*. Kompetansesenter rus - region øst.
- Taihaugen, M. (2021). *Erfaringsrapport fra musikkterapitilbudet ved Sagatun Brukerstyrt Senter 2020*. Kompetansesenter rus - region øst.
- Tang, Q., Huang, Z., Zhou, H., & Ye, P. (2020). Effects of music therapy on depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE, 15*(11), 1–23. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240862>
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology, 8*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Thorne, S. (2017). Metasynthetic Madness: What Kind of Monster Have We Created? *Qualitative Health Research, 27*(1), 3–12. <https://doi.org/10.1177/1049732316679370>
- Thorne, S., Jensen, L., Kearney, M. H., Noblit, G., & Sandelowski, M. (2004). Qualitative Metasynthesis: Reflections on Methodological Orientation and Ideological Agenda. *Qualitative Health Research, 14*(10), 1342–1365. <https://doi.org/10.1177/1049732304269888>
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag*. Fagbokforlaget.
- Trondalen, G. (2016). *Relational Music Therapy: An Intersubjective Perspective*.

Barcelona Publishers.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xww&AN=1788763&site=ehost-live>

- Trondalen, G. (2019). Musical Intersubjectivity. *The Arts in Psychotherapy*, 65, 1–5.  
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2019.101589>
- Trondalen, G., & Bonde, L. O. (2012). Music Therapy: Models and Interventions. I R. Macdonald, G. Kreutz, & L. Mitchell (Red.), *Music, Health, and Wellbeing* (s. 40–62). Oxford University Press.
- Valentine, J. C. (2009). Judging the Quality of Primary Research. I H. Cooper, L. Hedges, v., & J. C. Valentine (Red.), *The Handbook of Research Synthesis and Meta-Analysis* (2. utg., s. 129–146). Russel Sage Foundation.
- 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>
- Yang, K. (2010). *Making sense of statistical methods in social research*. Sage.
- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J. C., Vink, A. C., Maratos, A., Crawford, M., Chen, X.-J., & Gold, C. (2017). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, 1–87.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517.pub3>
- Aarø, L. E. (2007). *Fra spørreskjemakonstruksjon til multivariat analyse av data: En innføring i survey-metoden* (2. utg.). Universitetet i Bergen.

## 8 Vedlegg: Samlede funn fra den kvalitative metasyntesen

### 1) **Rusmestring:**

#### **a. Musikkterapi som erstatning for rus**

1. Fyller et tomrom etter rusen
2. Russpiralen erstattes av musikkspiralen
3. Musikkterapi treffer godt fordi det er kobling mellom rus og musikk
4. Endret rusmønster
5. Nedgang i beroligende (fordi man blir utfordret på det sosiale)
6. Demper kanskje rus
  - i. Stopper ikke rus
7. **En god begynnelse for å sette grenser for rus**
8. Motivasjon til avbrekk fra rus - i musikkterapien
9. Musikkterapien hjelper til å holde seg nykter
10. Bevissthet rundt musikk som trigger

#### **b. Ha noe meningsfullt å gå til hjelper til å bli/være nykter**

1. Mening til det å være rusfri/nykter
2. For å kunne bli rusfri trenger man noe meningsfullt å gjøre
3. Faste avtaler hjelper på rustrangen
4. Gir en sunn distraksjon fra kampen om å bli rusfri

#### **c. Letter på trykket (sorg og depresjoner) som gir rustrang**

1. Hodet og rustrangen blir lettet
2. *Musikk påvirker sinnstemningen (4.c)*
3. *«Hjelper meg å regulere følelsene mine» (4.d)*

### 2) **Ringvirkning for livet og hverdagen**

#### **a. Lettere å stå i hverdagen**

1. Lettere i hverdagen
2. Tenke på musikk hjemme/er med også utenfor musikkrommet
3. Tenker på godfølelsen fra musikkterapien i det vanskelige
4. En positiv musikkterapitime har mye å si for uka
5. Musikkterapi som støtte
  - i. Bruker musikk som støtte og mening
  - ii. Musikkterapi holder en oppe
6. **Noe positivt i hverdagen**
  - i. Et smil i hverdagen
  - ii. Gull verdt i en tung hverdag
  - iii. Mestring viktig i en utfordrende hverdag
  - iv. En meningsfull aktivitet i hverdagen
  - v. Lystbetont tilbud i hverdagen
7. **Noe å glede seg til**
  - i. Ukas høydepunkt
8. **Stabilitet i hverdagen**
  - i. Struktur i en ustrukturert hverdag
  - ii. Får struktur rundt musikk
  - iii. Komme inn i en ramme
  - iv. Bra at noen tar styringen og leder
  - v. Trygghetsfølelse med musikkterapi-avtaler

#### **b. Musikkterapi er noe å gå til, noe å gjøre**

1. Musikkterapi blir noe å gjøre i hverdagen
2. En plass å dra til
- c. Motivasjon til å komme seg ut døra**
  1. Grunn til å stå opp om morgenen
  2. Klarer å komme seg ut på egenhånd
  3. Motivasjon til å møte opp
    - i. Er mer motiverende enn NAV
- d. Musikkterapi påvirker andre områder i livet**
  1. Bidrar til at man klarer å møte opp på andre områder
  2. Ringvirkning for å jobbe med andre deler av livet
    - i. *Sosial eksponering i musikkterapien har betydning for andre områder i livet (7.b.5)*
  3. Blir rustet til å takle det vanskelige på andre områder
  4. Musikkterapi gir bedre psykisk helse
- e. Hjelper mot ensomhet og isolasjon (6.a)**
- f. Musikkterapi endrer livet**
  1. Musikkterapi har reddet livet
    - i. Motivasjon for å leve
  2. Hjulpet til å komme i gang igjen
  3. Stor nytte i recovery-prosessen
  4. Tilbudet gjør livet lettere

### 3) Personlig utvikling

- a. Mestringsopplevelser (Mestring med stor «M»)**
  1. Mestringsglede
  2. Mulighet for mestring
    - i. En arena hvor man får til noe
  3. Musikkterapi gir mestringsfølelse
    - i. Mestringsfølelse i å komme utenfor komfortsonen
    - ii. Mestringsfølelse av å forbedre seg
    - iii. Positive tilbakemeldinger gir mestringsfølelse
    - iv. Mestringsfølelse etter å ha stått i utfordringen
  4. Få mestringsfølelse i en hverdag full av nederlag
    - i. til forskjell fra psykiatrien - kjenner på mestringsfølelse
- b. Utfordrer seg selv i trygge rammer**
  1. Øve på å stå i utfordringene i å lære nye ting
  2. Negativt for enkelte: Føle seg uglesett, føle seg observert, vurdert
  3. *Musikkterapi reduserer prestasjonsangst (4.g.1)*
    - i. Tør å stå foran folk
    - ii. tør å stå på en scene
    - iii. har lært å tørre å synge foran folk
    - iv. tør å gjøre noe
  4. Musikkterapien er en trygg arena
    - i. blir ikke dømt for å ha en dårlig dag
    - ii. *sangene er tilpasset den enkeltes nivå (7.2.)*
    - iii. Blir backet opp
    - iv. Føler seg ikke i veien
- c. Lærer noe nytt**
  1. Øke musikalsk kompetanse
  2. Får lære å spille musikk man liker

- 3. Mulig å lære nye ting
- d. Får bruke kreativiteten sin**
- e. Utvikling og motivasjon**
  - 1. Utvikler seg og blir flinkere
    - i. se fremgang hos seg selv
  - 2. Gir mye glede og motivasjon
    - i. utvikling skaper lyst til å lære mer
    - ii. Musikken motiverer
    - iii. Drømmer om å leve av musikken
    - iv. «skal kjøpe gitar»
  - 3. Øve på gjennomføringsevne
    - i. jobbe med musikken systematisk/jobbe målrettet
- f. Gir bedre selvtillit og selvilde**
  - 1. Økt selvtillit
    - i. mislykkes ikke i musikkterapien
    - ii. ser at man har noe å bidra med
    - iii. fått tilbake selvtillit
  - 2. Selvildet vokser etter en økt

#### 4) «Musikk som terapi»

- a. Identitet**
  - 1. «Musikk er meg»
    - i. Gjøre noe jeg brenner for
    - ii. drive med interesser
  - 2. Musikk har vært med hele livet
    - i. minner i musikken
    - ii. har alltid drevet med musikk
  - 3. Musikk gir identiteten tilbake
  - 4. Ny/utvidet identitet i musikken/fra musikkterapien
- b. Her-og-nå-opplevelse**
  - 1. Tiden går fort
  - 2. Trance i musikken
  - 3. Musikk gir noe å konsentrere seg om
    - i. musikk gir noe å tenke på
    - ii. glemmer alt annet
    - iii. lærer å konsentrere seg
  - 4. Hjelper til å endre fokus
    - i. gir et fokus
    - ii. Gir et positivt fokus
    - iii. Fokus bort fra det vanskelige
    - iv. *Et avbrekk (4.d)*
- c. Avkobling**
  - 1. Avslappende
  - 2. Koble ut hodet
  - 3. Ferie for en time
  - 4. Blir en mer sentrert person
- d. Avbrekk fra virkeligheten**
  - 1. frihet i musikkterapitimene
  - 2. lukke døra til det vanskelige/rømmer til musikken
    - i. glemmer det man sliter med

- 3. gitarspilling stopper flashbacks
- e. Mindre tankekjør i en musikkterapitime**
  - 1. hjelper å koble ut bekymringer og kaos i hodet
  - 2. Tenker mindre på det kjipe der og da
  - 3. gitarspilling stopper tankekjør
    - i. Musikk demper tankekjør på en annen måte enn rus
- f. Musikk påvirker sinnstemningen**
  - 1. Humør og sinnstilstand endres («Musikkterapi endrer dagen fra moll til dur»)
    - i. lettere psykisk i løpet av musikkterapi-timene
    - ii. Letter trykket av sorg og depresjon
      - (a) Musikk hjelper mot depressive følelser
    - iii. musikkterapi roer hodet (tenker over konsekvenser)
    - iv. *Drar ut de positive følelsene (6 a.-d)*
- g. «Hjelper meg å regulere følelsene mine»**
  - 1. Demper angstproblematikk
    - i. *Demper sosial angst (5.b.1)*
  - 2. Følelsesregulering
  - 3. Uttrykke følelser
    - i. Sette ord på følelser
    - ii. Synge ut det som er på innsiden
  - 4. Bidrar til bevissthet over egne følelser og atferd
    - i. lærer selvregulering
  - 5. Musikkterapi hjelper til å få kontakt med følelser og bearbeide opplevelser
    - i. verktøy for traumebehandling
    - ii. få kontakt med følelsene igjen
    - iii. musikk gir et normalt følelsesliv
  - 6. Utløp for sterke følelser
- h. En annerledes terapiform**
  - 1. Gøy å gå til terapeuten
  - 2. Musikkterapeut som psykolog
  - 3. Er terapi og musikk samtidig
    - i. Redskap for samtale
  - 4. Får uttrykke andre ting i musikkterapien enn i samtaleterapi
  - 5. Alternativ terapiform: motivasjon for å velge en bestemt klinikk

## 5) Gir positive følelser

- a. Får opplevelse av glede**
  - 1. Det er gøy
  - 2. Gir en god følelse
  - 3. Gir positiv energi
  - 4. Tenner gnisten
- b. Begynner å se lys**
  - 1. Håp
    - i. Sola er der (selv om den ikke er der)
  - 2. Noe vakkert over det mørke/vonde
- c. Godfølelse etterpå**
  - 1. Litt mer glede etter musikkterapien
  - 2. Opplevelsen varer en stund etterpå
  - 3. Et kjært minne
  - 4. Sentrert etterpå

**d. Føle seg verdifull**

1. Føle seg betydningsfull
  - i. Blir mer glad i seg selv fordi man mestrer noe
2. Følelse av verdi
3. Viktig redskap for et verdifullt liv

**6) Sosialt og relasjonelt**

**a. Musikkterapi hjelper mot ensomhet og isolasjon**

1. *Musikkterapi er noe å gå til, noe å gjøre (2.e)*
2. *Motivasjon til å komme seg ut døra (2.f)*

**b. Sosial mestring**

1. Demper sosial angst
2. Blir utfordret på den sosiale biten
3. Bruke stemmen i rom med andre
4. Blir mer sosial i andre deler av livet
5. Sosial eksponering i musikkterapien har betydning for andre områder i livet

**c. Møte andre i en avslappet setting/En plass å møte andre**

1. Musikkterapi er sosialt
2. Nettverksbygging
3. Fellesskap
4. Trygt fellesskap
  - i. Et lavterskel tilbud med folk med lignende erfaringer
5. Blir normal igjen
6. Finne sin plass i samfunnet

**d. Noen venter på en**

1. Noen er avhengig av en
2. Noen forventer noe av en
3. *Grappa følger opp når noen begynner å ruse seg igjen*

**e. Fint å kunne si til folk at man holder på med noe jevnlig**

1. Kan fortelle andre om hvor moro det er
2. Kan fortelle andre om hva man har lært
3. Fint å si at man driver med noe positivt
4. Andre kan se at jeg har musikkterapien
5. Fint å si til folk at man har noe man følger opp
6. Vise andre at man har forandret seg

**f. Kan bety noe for andre**

1. Bidrar til fellesskapet
  - i. Mange har mye å gi til hverandre
2. Får også noe tilbake fra publikum

**g. Sammen i musikken**

1. «Det blir vår sang»
2. Samles rundt en felles interesse
3. Gøyere å spille med andre enn alene

**7) «Det foregår på mine premisser»**

**1. Fleksibelt**

- i. Får lov til å påvirke timene
- ii. Negativt for noen: ineffektive, For fleksibelt/tilpasset den enkelte i gruppe? utnytter ikke tiden godt nok, ulike behov i gruppen, ventetid

**2. Tilpasset den enkelte**

- i. Skjer på deltakerens premisser
  - ii. tilpasses den enkeltes preferanser/identitet/ønsker
  - iii. Tilpasset behov
- 3. Åpent tilbud**
- i. trenger ikke vedtak
- 4. Variert tilbud**
- 5. Mulighet for å gi evaluering kontinuerlig**



## 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.

