

«MUSIKKENS MULIGHETER»

EN EKSPLOLATIV STUDIE OM MUSIKKTERAPI VED ET DISTRIKTSPSYKIATRISK SENTER.



ULRIKA MAGDALENA LIND
MASTEROPPGAVE I MUSIKKTERAPI
ANTALL ORD: 20044
Norges musikkhøgskole, våren 2022

Forord

I arbeidet med studien har mitt syn på musikk endret seg. Det jeg har erfart i løpet av fire år som mastergradsstudent i musikkterapi på deltid, har også endret meg som menneske. Det setter jeg stor pris på. Jeg er utdannet innen piano og har arbeidserfaring som musikk lærer, musiker og kor- og korpsdirigent. Etter over 30 år i musikkkyrket, har jeg mye erfaring, men fortsatt mye å lære.

Takk til

- avdelingsleder og alle ansatte på avdelingen, uten dere hadde jeg aldri turt dette!
- praksisveileder Cecilie Verde, for faglig og kreativ veiledning og personlig støtte.
- veileder Hans Petter Paulen Solli, for gode samtaler og meget lærerike innspill.
- Tone Kristine Sæther Kvamme, for viktig metodisk veiledning.
- studiekamerater, venner og familie, for faglig og sosial støtte.
- Kristina Elg-Christoffersson, for viktig metodisk hjelp og personlig støtte.
- Kjersti Gunnarsen, for personlig støtte og gode råd.
- Rune Åkvik Nilsen, for innføring i studieteknikk og «dom där barnen».

Sammendrag

Prosjektet er utført i forbindelse med et masterarbeid og søker svar på problemstillingen: «Hvordan erfarer og vurderer et utvalg ansatte musikkterapi på en døgnåpen post ved et distrikts psykiatrisk senter?». Studiens formål er å trekke frem et ansattperspektiv på bruk av musikkterapi på et fylkeskommunalt sykehus. Teksten gir et innblikk i ansattes vurderinger av et musikkterapitilbud og tolkninger av pasienters opplevelser. Studien har et mixed methods–design, «questionnaire variant», der data er samlet inn gjennom et kvantitativt spørreskjema og semistrukturerte intervjuer med åtte ansatte. Kvantitative data ble sammenstilt og analysert ved hjelp av manuell optelling og søylediagrammer. Kvalitative data ble analysert ved bruk av en fenomenologisk–hermeneutisk prosedyre og førte frem til fire hovedtemaer og ti tilhørende undertemaer: *supplement* (undertema: utvidet tilbud og valgfritt/passar ikke alle), *mestring* (undertema: opplevelser og motivasjon), *aktivitet* (undertema: gruppe/individuell, deltakelse og samtale), *musikk* (undertema: emosjoner/stemningsleie, tekst og nonverbal kommunikasjon). Prosjektet forankres i utvalgt litteratur som representerer teorier om salutogenese, musikk–miljøterapi og nå–øyeblikket. Studiens funn blir avslutningsvis diskutert opp mot utvalgt teori og forskning, og konkluderer med at ansatte i stor grad vurderer musikkterapi som et viktig supplement til annen behandling fordi det fremmer salutogene faktorer.

Emneord: musikkterapi, ansatte, psykisk helsevern, musikk–miljøterapi, salutogenese.

Abstract

This project was performed as a master's thesis and seeks the answer to the following question: "How does a selected part of hospital staff experience and value music therapy practice at a psychiatric inpatient ward?". The aim of this study is to highlight staff's view of the use of music therapy at a county municipal hospital. This text gives the insight of staff's interpretations of inpatient's experiences from music therapy. The study is a Mixed Methods Design, «Questionnaire variant», and uses a method with a quantitative questionnaire and a qualitative semi-structured interview with eight hospital staff. Quantitative data was compiled and analyzed manually by a bar chart. Qualitative data was analyzed by a phenomenological-hermeneutic strategy and led to four main themes and ten related subthemes. Staff value and experience that Music Therapy: 1. Supply other treatment (subtheme: extended treatment, optional), 2. Provides experiences of being capable (subtheme: experiences, motivation), 3. Motivates for activity (subtheme: in groups/individual, participation and conversation), 4. Provides music experiences (subtheme: emotions, text and nonverbal communication). This project anchors in selected literature that represent theory from salutogenese, Music Therapy as Milieu/Community Music Therapy and Present Moments. Findings are finally discussed based on selected theory and research. Results can be summarized as; that hospital staff to a large extent value music therapy because it supports other parts of the treatment in a positive way and promotes salutogenic factors.

Keywords: *music therapy, staff, health care, music therapy as milieu/community music therapy, salutogenese.*

INNHold

1	INTRODUKSJON	9
1.1	Bakgrunn for valg av tema	9
1.2	Formål og problemstilling	10
1.3	Begrepsavklaring.....	10
1.3.1	Erfare og vurdere.....	10
1.3.2	Ansatt og pasient	11
1.3.3	Distriktpspsykiatriske senter	11
1.3.4	Helse og psykiske lidelser	12
1.3.5	Musikkterapi.....	12
2	BAKGRUNN	13
2.1	Musikkterapi og nasjonale retningslinjer	13
2.2	Samarbeid på avdelingen	14
2.3	Musikkterapi praksis	15
2.3.1	Formål, organisering og rammer	15
2.3.2	Improvisasjon	16
2.3.3	Reseptiv musikkterapi	17
2.3.4	Re-produksjon	18
2.3.5	Utfordringer ved bruk av musikk	18
2.4	Tidligere forskning og relevant litteratur	19
2.4.1	Litteratursøk	19
2.5	Avgrensninger og disposisjon av teksten	21
3	TEORIER	21
3.1	Salutogenese.....	22
3.2	Musikksyn	23
3.3	Musikk-miljøterapi i åpen gruppe	24
3.4	Relasjon, intersubjektivitet, nå-øyeblikk og deltakelse	25

4	METODER.....	27
4.1	Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	27
4.1.1	Epistemologi og ontologi.....	28
4.1.2	Fenomenologi og hermeneutikk.....	28
4.2	Forskningsdesign.....	29
4.2.1	Mixed methods–design.....	30
4.2.2	«The Convergent Design», «Questionnaire variant».....	30
4.3	Datainnsamling.....	33
4.3.1	Deltakere.....	33
4.3.2	Kvantitativt spørreskjema og semistrukturert intervju.....	34
4.4	Analyse.....	35
4.4.1	Kvantitativ dataanalyse.....	35
4.4.2	Kvalitativ dataanalyse.....	36
4.4.3	Reliabilitet og validitet.....	37
5	RESULTATER.....	37
5.1	Kvantitative funn.....	37
5.2	Kvalitative funn.....	40
5.3	Sammenligning av funn.....	47
5.3.1	Strategier for å sammenligne funn.....	47
5.4	Vurdering av studien.....	52
5.4.1	Bias.....	52
5.4.2	Etikk.....	53
5.4.3	Kritisk blikk på studien og egen metode.....	53
6	DISKUSJON.....	54
6.1	Hovedfunn og sammenligning med andre studier.....	54
6.2	Et supplerende behandlingstilbud.....	56
6.3	Musikkopplevelser.....	58
6.4	Musikk–miljøterapi.....	61
6.5	Oppsummering av diskusjonen og veien videre.....	62

7	KONKLUSJON	64
	Litteratur.....	66

VEDLEGG

Vedlegg 1: Meldeskjema fra NSD

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Kvantitativt spørreskjema

Vedlegg 4: Intervjuguide

Vedlegg 5: Utdrag fra transkripsjon med analyse

1 INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for studien er hvordan ansatte ved et distriktpsikiatrisk senter erfarer og vurderer et musikkterapitilbud på avdelingen. Interessen for studiens tema kommer fra mine egne personlige erfaringer med hvordan musikk kan fremme psykisk helse. Det er erfaringer som vokst frem når jeg selv har spilt instrumenter eller har sunget, alene eller sammen med andre, eller når jeg har lyttet til eller beveget meg til musikk. Erfaringene har ført til stressreduksjon og mestringsfølelser og fremmet en genuin interesse for musikk og psykisk helse.

Praksiskoordinator ved Norges musikkhøgskole og avdelingsleder på en døgnpost ved et distrikts psykiatrisksenter i en småby på Østlandet opprettet høsten 2020 en praksisplass i musikkterapi på avdelingen. Dette ble min egenpraksisplass knyttet til masterstudiet i musikkterapi i perioden oktober 2020 til april 2021. Det har tidligere ikke vært noen fast ansatt musikkterapeut på denne avdelingen.

De første ukene i min praksis delte flere av de ansatte sine erfaringer med musikkterapitilbudet på avdelingen med meg. I uformelle samtaler kom det frem at ansatte erfarte at musikkterapi bidro til endret stemningsleiet hos noen av pasientene. Dette var noe jeg ønsket å etterprøve og utforske nærmere i mitt masterarbeid.

I utgangspunktet var planen å intervju pasientene om deres opplevelser og eventuelle utbytte av deltakelse i musikkterapi. Innenfor et recovery–perspektiv er dette er en vanlig fremgangsmåte for å tilegne seg kunnskap om spesielt sårbare grupper mennesker (Rolvsjord, 2008; Solli, 2014; Gold et al. 2009).

Det var noen praktiske, og etiske problemstillinger som opplevdes som utfordrende. For det første anså jeg det som viktig å ha etablert et tillitsforhold mellom mulige deltakere i studien og meg selv. I organiseringen av egenpraksis på avdelingen ble det til at jeg var til stede én formiddag i uken i seks måneders tid. På den aktuelle akutte døgnavdelingen var pasientene innlagt i én til tre uker. Konsekvensen ble at jeg kun møtte pasientene i ca. 60 minutter i forbindelse med gjennomføringen av musikkterapitilbudet og aldri mer. Dette opplevdes som altfor lite tid til å gjennomføre tilbudet, invitere til deltakelse i studien og å innhente data.

For det andre hadde mange pasienter meget alvorlige helsetilstander, og takket nei til å delta i musikkterapi. Med bakgrunn i pasientenes korte opphold på sykehuset og deres meget alvorlige helsetilstander ble det utfordrende og vanskelig å gjennomføre min plan om å

intervjue pasientene. Etter flere vurderinger av hvordan denne studien kunne gjennomføres ble deltakergruppen endret til de ansatte.

Prosjektet ble endret til å handle om ansattes erfaringer med og vurderinger av pasientenes eventuelle utbytte av musikkterapi. Det nye prosjektet ble søkt inn til *Norsk senter for forskningsdata* (vedlegg 1) og fikk godkjenning.

1.2 Formål og problemstilling

Formålet med masterarbeidet var å trekke frem og utforske et ansattperspektiv på et musikkterapitilbud på en døgnåpen avdeling ved et distrikts psykiatrisk senter.

Problemstillingen er formulert slik:

Hvordan erfarer og vurderer et utvalg ansatte musikkterapi på en døgnåpen post ved et distriktspsykiatrisk senter?

1.3 Begrepsavklaring

I dette avsnittet vil jeg gjøre rede for begrepene som brukes i problemstillingen og avklare bruken av begrepene «pasient», «helse» og «psykiske lidelser».

1.3.1 Erfare og vurdere

Studiens problemstilling bruker begrepene *erfare* og *vurdere*. Det å bruke både tekst (språk) og tall åpnet opp for å undersøke problemstillingen fra flere ulike innfallsvinkler (Creswell & Plano Clark, 2018, s. 23). Intensjonen var å spørre de ansatte om hvordan de erfarte og vurderte musikkterapi. Begrepet *erfare* har sin etymologiske forankring i tysk «erfahren» som kan beskrives som å «få tak i ved å fare etter, innhente» («Erfare», 2022). I denne teksten vil erfare bety å innhente opplevelser. *Opplevelse* kan beskrives som personers subjektive erfaring av emosjonelle tilstander, tankeprosesser og ytre påvirkning («Opplevelse», 2022). Erfaringene vil innhentes gjennom kroppslige og kognitive opplevelser fra deltakelse og observasjon av musikkterapi, i tillegg til samtaler om den musikkterapien som ble praktisert på avdelingen. Å *delta* vil beskrives i avsnittet om teori (3.4).

Vurdere har sin etymologiske forankring i dansk «vurde, vurdere og bedømme» («Vurdere», 2022). Vurdering i denne studien vil være knyttet til ulike kvantitative verktøy som ble brukt ved datainnhenting og forklares nærmere under avsnittet om kvantitativt

spørreskjema (4.3.2). Forskjellene på begrepene «erfare» og «vurdere» er viktige for studien fordi de knyttes opp mot bruken av kvalitative og kvantitative metoder.

1.3.2 Ansatt og pasient

De som blir omtalt som *ansatte* i studien, er de som er direkte involverte i behandlingen og i oppfølgingen av pasientene ved avdelingen. Dette ekskluderer merkantilt og renovasjonspersonale. De ansatte som deltok i studien, var overlege, psykolog under spesialisering, masterstudent i psykologi (siste år på studiet), idrettspedagog og miljøterapeut.

I noen avsnitt vil jeg bruke begrepet *pasient* som vil definere en person som er innlagt ved sykehuset. Den etymologiske opprinnelsen til ordet *pasient* er «patients», som betyr «tålmodig», eller «utholdende» (Braut, 2019). Pasientbegrepet er omdiskutert blant annet fordi det har et historisk preg av å umyndiggjøre den personen som får rollen som pasient. Noen mennesker som oppsøker helsevesenet, vil ikke definere seg selv som syk, for eksempel en fødende kvinne, eller en kronisk astmatiker (Hem, 2013, s. 821). Det er empiriske undersøkelser rundt hvilket begrep som kan favne de mennesker som benytter seg av helsevesenet (Dickens & Picchioni, 2011). Det fremkommer ikke helt tydelig hva de selv ønsker å kalle seg, eller om begrepet fører til opplevelser av stigma eller styrket påvirkningskraft (empowerment), men det er indikasjoner på at det er viktig å ta individuelle hensyn (Dickens & Picchioni, 2011, s. 13).

Fordi denne studien foregår på en akutt døgnavdeling på et sykehus, opplever jeg at det er naturlig å bruke begrepet pasient. De mennesker som blir skrevet inn på sykehuset, får visse rettigheter som pasient, helt til de blir skrevet ut igjen (Pasient og brukerrettighetsloven, 2013, § 3-1). Dette er rettigheter som andre mennesker ikke får tilgang til. Det er et behov for å ha et begrep som *pasient* med hensyn til lovverket, da dette kan føre til at mennesker får nødvendig hjelp i helsevesenet (Hem, 2013, s. 821).

1.3.3 Distriktpsikiatriske senter

Statlige distriktpsikiatriske senter (heretter forkortet til DPS) er spesialisthelsetjenestens tilbud til mennesker med ulike moderate til alvorlige psykiske lidelser. Et DPS samarbeider tett med kommunene med ambulerende team, døgntilbud, dagtilbud og poliklinikk med tilbud om utredning, diagnostisering og behandling (Malt, 2021).

1.3.4 Helse og psykiske lidelser

Mitt syn på begrepet *helse* bygger på Aaron Antonovskys (1987, s. 14) salutogenese–begrep og Even Ruuds (2011, s. 19) teori om å se helse som opplevelseskategori.

Salutogenese handler om å styrke faktorer som fremmer tilfriskning, i motsetning til å fjerne faktorer som holdet deg syk (patogenese) (Antonovsky, 1987, s. 15). Teorier om salutogenese vil utdypes i kapittel 3.1.

I Ruuds (2011, s. 19) beskrivelse av opplevelseskategori går han bort fra å objektivt definere helse. Slik jeg forstår Ruud, blir *helse* sett på som et genererende, eller et produktivt begrep. I denne studien blir musikk brukt til å fremme helse og kan være en del av opplevelser knyttet til en bedret helse. Opplevelser av god helse henger sammen med kapasiteten til å delta i ulike aktiviteter. Det kan være aktiviteter som å være sammen med andre mennesker, spille instrumenter eller å synge, eller å lytte til musikk eller annet. (Stige, 2006, s. 130).

Det er ulike perspektiver når det kommer til begrepet *psykiske lidelser*, og diskusjoner rundt diagnostisering og behandling. Å diagnostisere eller definere ulike psykiske lidelser kan ha en praktisk betydning for kommunikasjon mellom fagprofesjoner, men bør ikke nødvendigvis anses som absolutte sannheter (Johannessen & Joa, 2021, s. 297). Diagnostisering kan til og med være problematisk for det mennesket det gjelder. I senere år har erfaringene til de som benytter seg av helsetjenester, blitt anerkjent og tatt til etterretning (Granlien & Granerud, 2011, s. 324; Laueng, 2014). På den aktuelle avdelingen studien ble gjennomført var det ansatt en brukerrepresentant. Brukerrepresentanter er personer som har erfaring med å være pårørende eller pasienter, og som ønsker å dele dette for å forbedre sykehusstilbudet (Winje, 2014).

Mitt syn på *psykiske lidelser* støtter bruk av systematisk diagnostisering for å frigjøre midler til behandling og hjelp. Jeg mener videre at det er viktig å ha brukerrepresentanter som støttespillere i behandlingsprosessen, fordi de kan bidra til økt kunnskap og større forståelse for alle involverte.

1.3.5 Musikkterapi

Innenfor musikkterapeutisk teori er det spesielt to definisjoner av musikkterapi som blir mye brukt. Even Ruud definerte i 1979 at musikkterapi er «å gi mennesker nye handlemuligheter gjennom musikk» (1979, s. 34). Kenneth Bruscia, en anerkjent amerikansk musikkterapeut, definerer musikkterapi som «a systematic process of intervention wherein the therapist helps

the client to promote health, using music experiences and the relationships that develop through them as dynamic forces of change» (Bruscia, 2014, s. 36). Min forståelse av hva musikkterapi er, bygger på disse to definisjonene. Det vil si at musikkterapi vil dreie seg om å bruke musikk med intensjonen om å gi mennesker nye handlemuligheter. I tillegg vil musikkterapi være en systematisk prosess som bruker musikkopplevelsene og de ervervede relasjonene til å fremme bedret helse og stimulere opplevelser av endring.

Teksten vil ha med begrepet *musikkterapigruppen* som favner deltakerne i musikkterapitilbudet på avdelingen, hvilket var en blanding av ansatte, pasienter og pårørende. Begrepet *musikkterapirelasjon* vil i denne teksten handle om relasjonene i musikkterapigruppen, men vil også ha en overordnet betydning for å benevne musikkterapitilbudet.

2 BAKGRUNN

2.1 Musikkterapi og nasjonale retningslinjer

Sykehuset det studien ble gjennomført, har per i dag 177 avdelinger spredt ut over et sentralt område på Østlandet. I masterarbeidet ble jeg nysgjerrig på hvorfor det ikke var ansatt musikkterapeuter på sykehuset. Jeg undret meg over om det var fordi musikkterapi ikke var et anerkjent behandlingstilbud. For å se hvordan musikkterapi kan forankres på sykehus i Norge, tok jeg utgangspunkt i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer. Det er tre retningslinjer som handler om musikkterapi. I punkt 8.7 beskrives det:

Musikkterapi fremmer tilfriskning, og behandlingen bør starte i en så tidlig fase som mulig med henblikk på å redusere negative symptomer. Behandlingen må utføres av terapeuter med godkjent utdanning innen musikkterapi. (Helsedirektoratet, 2013)

I de to andre retningslinjene kommer det frem at musikkterapi kan være relevant i tverrfaglig behandling, spesielt knyttet til rusbehandling (Helsedirektoratet, 2017). I tillegg kan musikkterapi ha god effekt i rusbehandling på sykehus (Helsedirektoratet, 2016).

I Bergens- og Oslo-området er det opprettet mange musikkterapistillinger knyttet til forskjellige DPS. Det er imidlertid få musikkterapistillinger utenfor storbyområdene, og det kan se ut som om implementeringen av nye stillinger utenfor storbyområdene går sakte (Solli, 2018; Halås, 2019; Hodne, 2007).

2.2 Samarbeid på avdelingen

Denne studien ble gjennomført på et DPS. Jeg har valgt å anonymisere avdelingen med tanke på vern av identitet og bakgrunnsopplysninger (NSD, 2022). Avdelingen på sykehuset tilbyr akutt hjelp, og pasientene oppholdt seg der i én til tre uker. Det er et korttidstilbud som tilbyr utredning og diagnostisering, og som behandler personer med ulike moderate til alvorlige psykiske lidelser. Det er plass til 6 –12 pasienter. Avdelingen har et tverrprofesjonelt team bestående av overlege, psykologspesialist, psykolog under spesialisering, lege i spesialisering, sykepleiere, vernepleiere, miljøterapeuter og hjelpepleiere med videreutdanning innen psykisk helse, og tilbyr standard behandling (samtaletterapi og medisinerings). Det er også ukentlige tilbud om fysiske aktiviteter ledet av en idrettspedagog. Fra høsten 2020 kunne også avdelingen tilby musikkterapi én dag i uken gjennom min praksis.

I mange språkpraksiser blandes begrepene tverrfaglig og tverrprofesjonelt samarbeid. Det kan være et poeng å bruke begrepet tverrprofesjonell når et samarbeid finner sted mellom ulike profesjoner. Ved å bruke tverrprofesjonell fastholdes det at det er eksperter innenfor hvert sitt fagområde som samarbeidet (Hagland & Solvang, 2017, s. 94).

Samarbeidsforhold kan deles inn i tre ulike typer (Hagland & Solvang, 2017, s. 84). Det er flerprofesjonelt, tverrprofesjonelt og transprofesjonelt. Den første beskriver lav grad av integrasjon mellom profesjonene og den siste høy grad. Flerprofesjonelt samarbeid innebærer at ulike profesjoner har samme mål og delmål, men at de arbeider parallelt med ulike arbeidsoppgaver. Tverrprofesjonelt samarbeid innebærer å arbeide tett sammen om en oppgave og kan gi større innsikt i hverandres fagfelt og forståelse av spisskompetansen til de ulike profesjonsgruppene som samarbeider (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 57; Hagland & Solvang, 2017, s. 88). Transprofesjonelt samarbeid vil si at det er flere som samarbeider om de samme målene og delvis løser samme oppgaver uten å ha spesialkompetansen om hvorfor spesifikke oppgaver skal løses på en bestemt måte (Hagland & Solvang, 2017, s. 85).

Som musikkterapistudent i egenpraksis på avdelingen, mener jeg at jeg var en del av et flerprofesjonelt samarbeid. Jeg opplevde at jeg var en del av et team, selv om samarbeidet ikke var uttalt eller avtalt på forhånd. Jeg var alltid med på et felles morgenmøte den dagen det var musikkterapi, og deltok i diskusjonene rundt ulike problemstillinger og tiltak. Som student i praksis hadde jeg ikke noe direkte mandat til å påvirke, men opplevde likevel å bli hørt på og tatt hensyn til.

De andre ansatte ble invitert til å delta i selve musikkterapipraksisen, og de fikk mulighet til å komme med innspill før, under og etter musikkterapien. Det ble ofte en

samtale om hvordan musikkterapien hadde fungert akkurat denne dagen, hvem som hadde vært med, og hvordan deltakelsen hadde utspilt seg. Samtalen kunne bære preg av positive innspill og hvordan min praksis kunne forbedres. Det var spesielt de første gangene at jeg fikk mange gode justeringsforslag. Ved flere tilfeller deltok ansatte aktivt ved å spille og synge sammen, på lik linje med alle andre.

2.3 Musikkterapipraksis

I dette avsnittet vil jeg gjøre rede for organiseringen av min musikkterapipraksis. Jeg vil beskrive rammene for musikkterapirelasjonene og gjennomføringen av musikkterapien. I tillegg vil jeg trekke frem utfordringer ved bruk av musikk i musikkterapi.

2.3.1 Formål, organisering og rammer

Formålet med musikkterapirelasjonen var å skape kontakt, bli kjent, trygge hverandre, «romme» hverandre og anerkjenne hverandre. Det var også et formål om å stimulere og aktivere kommunikasjons- og relasjonskompetanser (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 9). Fokuset var det friske i mennesket, i tråd med resursorientert musikkterapi og det salutogene perspektivet (Rolvjord, 2008, s. 125; Antonovsky, 1987).

Musikkterapeuttilbudet på avdelingen ble gjennomført i en åpen gruppe i fellesstuen. Alle på avdelingen kunne delta, eller se/høre hva som foregikk i musikkterapigruppen. Denne arbeidsformen eller tilnærmingen til musikkterapi kan beskrives som musikk-miljøterapi (Aasgaard, 1998, s. 168) og blir utdypet i avsnitt 3.3. Musikkterapirelasjonene var i stor grad preget av hvem som var med, og hvor mange som var med, i tillegg til deltakernes dagsform.

Musikkterapeuttilbudet var organisert i åpne grupper (Pavlicevic, 2003 s. 47) på 3–12 pasienter, i fellesstuen på avdelingen. Det var personalet på avdelingen som selv forslo å ha musikkterapi i fellesstuen. Deltakerne kunne gå og komme som de ønsket, og hvem som helst kunne være med uten å si fra på forhånd. Gruppetilbudet var avgrenset til 45 minutter, én gang i uken. Deltakerne satt i stuesofaen eller på stoler langs veggene i rommet. Rommet var utformet i seksjoner og la til rette for at deltakerne kunne være til stede uten å bli sett eller hørt av noen andre. Det var mulig å sitte skjult i en krok, men likevel høre hva som foregikk i rommet. Pasientene fikk tilbud om musikkterapi alene i 10–50 minutter én gang i uken den samme dagen som gruppetilbudet. Den individuelle musikkterapien var inne på pasientens rom og ble gjennomført ad hoc.

Rammene for musikkterapirelasjonene innebar tilgang til ulike instrumenter: én gulvtromme med kølle, to djember, fire rytmeegg, to tamburiner, to elpianoer og to gitarer. Instrumentene som ble brukt i de individuelle musikkterapirelasjonene, var: to gitarer, noen trommer og et lite elpiano. Deltakerne ble invitert til å synge kjente norske, svenske og internasjonale popsanger og tradisjonelle sanger fra ett sanghefte som de selv valgte ut. Andre momenter i musikkterapien var å improvisere over rytmeloops, akkordprogresjoner og blues på instrumenter og/eller vokalt. Som en ramme rundt musikkterapirelasjonen, startet og sluttet musikkterapigruppen ved at jeg spilte solostykker på elpiano. I den individuelle musikkterapien var det mange av de samme rammene som i gruppetilbudet, men med mye større fokusering på den enkelte deltakeren.

Med utgangspunkt i Kenneth Bruscias nivåinndeling av musikkterapi (2014, s. 207), kan gruppetilbudet plasseres i et supplerende nivå (*augmentative level*) (Bruscia, 2014, s. 207). I min studie innebar det å bruke musikkterapi som en aktivitet og støtte til annen behandling. De individuelle relasjonene var på et intensivt nivå (*intensive level*) med formålet om å jobbe mer spesifikt med den enkeltes utfordringer. På dette nivået brukte jeg musikkterapi ikke kun som et supplement, men som en selvstendig terapiform som tilførte noe nytt i behandlingsprosessen.

2.3.2 Improvisasjon

Et kjernemoment i musikkterapien som ble praktisert på avdelingen var improvisasjon. Jeg støtter meg til Kenneth Bruscias (1987, s. 5) definisjon om at improvisasjon er «å skape noe samtidig som man gjør det». Bruscia beskriver improvisasjon ved elementer som oppfinnsomhet, spontanitet, uforberedte opplevelser, resursstyrkende opplevelser og lignende. Improvisasjon er et verktøy for å gi mulighet for tilpassing til det enkelte individ i musikkterapipraksisen. I musikkterapeutisk teori beskrives flere kliniske improvisasjonsteknikker. Det er teknikker der deltakerne kan spille på instrumenter eller bruke stemmen for å, for eksempel, imitere, synkronisere, overdrive, utvide og kontrastere hverandre med lyd (Næss, 1989; Nordoff & Robbins, 1980; Stige, 1991; Wigram, 2004). Dette er teknikker som blant annet forankres i Daniel Sterns funn av speilnevroner (Stern, 2004, s. 78-79).

Som et verktøy i musikkterapirelasjonen bruktes ofte ostinater for å støtte opp under improvisasjonene. Improvisasjonene kunne utføres av alle og forutsatte ikke verbalspråk, eller

noen som helst form for forkunnskap innen musikk (Bruscia, 1987, s. 6), og de var direkte relasjonsrelatert siden alle deltakerne i musikkterapien lagde musikk i en felles prosess. I min musikkterapipraksis på avdelingen var musikken, personene og situasjonen i et gjensidig relasjonelt forhold. Dette vil jeg skrive mer om i avsnittet om *relasjon* (3.4).

I improvisasjonene var det som regel ikke noen uttalt tematikk som utgangspunkt. Deltakerne kjente ikke meg, og jeg kjente ikke dem eller de andre i gruppen. Å aktivt spørre om ulike problemområder virket for meg etisk uforsvarlig fordi risikoen for å blamere deltakerne var overhengende. Starten på improvisasjonen speilet ofte stemningsleiet i rommet. Improvisasjonene fikk en utvikling med utgangspunkt i deltakernes initiativ. Musikalske parametere som dynamikk, harmonikk, melodikk, rytmikk, tekstur og lignende ble brukt bevisst og ubevisst, for å for eksempel utfordre og/eller støtte opp om hverandre i samspillet. Vi hadde noen ganger en verbal refleksjon i etterkant av improvisasjonen, men ikke alltid. Noen ganger fikk opplevelsene fra improvisasjonen passere uten at vi verbaliserte dem. Hvis vi reflekterte verbalt, handlet refleksjonene ofte om de følelsene og opplevelsene som kom frem under og etter improvisasjonen.

2.3.3 Reseptiv musikkterapi

Musikkterapeutilbudet på avdelingen inkorporerte lytting til levende musikk som er et kjennetegn på reseptiv musikkterapi (Grocke & Wigram, 2007). Bruscia (2014, s. 134) beskriver reseptive metoder i musikkterapi ved at deltakerne hører på musikk spilt av med avspillings utstyr eller spilt/sunget der og da. I musikkterapirelasjonene spilte jeg eller noen av deltakerne solostykker på piano eller vi sang og spilte gitar. Deltakerne responderte på opplevelsen, enten stille, eller verbalt, eller i andre modaliteter slik som med smil og tårer eller ulike kroppsbevegelser.

Mange deltakere uttalte ofte et ønske om å kun sitte og lytte til pianomusikk. Hvis jeg spilte solo, var det kjente og ukjente stykker, ofte i dur-tonalitet, med komponister som J.S. Bach, P.E. Bach og W.A. Mozart, Y. Tiersen og P. de Senneville. Valg av musikk var preget av mine erfaringer fra musikkterapirelasjonene. I begynnelsen av praksisperioden brukte jeg musikk i både dur- og moll-tonalitet og med ulikt tempo, både raskt (140 bpm), middels (100–120 bpm) og langsomt (60–80 bpm). Jeg fikk reaksjoner fra deltakerne om at den musikken jeg spilte som var moll-preget, var altfor trist, at det var begravellesmusikk. Det var også

negative verbale utspill hvis jeg spilte musikk som var meget rask eller meget langsom. Mitt inntrykk var at den musikken som generelt sett bidro til helsefremmende endring, var musikk i tempi rundt 90–120 bpm, i dur-tonaliteter. Mange deltakere ønsket å høre musikk som var preget av ulike former for virtuositet som et raskt løp, en rask skala eller store dynamiske forskjeller. Da så jeg ofte en reaksjon i form av et smil, et blick, eller en kroppslig bevegelse (en endring i kroppstilling). Det var også kroppslige reaksjoner når jeg byttet lyd på elpianoet. Jeg brukte pianolyd, men også elpianolyd, orgellyd og basslyd. Refleksjonene rundt musikkvalg og lydvalg er mine egne erfaringer, og ikke noe som ble systematisk utforsket.

I musikkterapirelasjonene inviterte jeg ofte til en verbal samtale om musikken. Deltakerne erindret minner og opplevelser knyttet til musikken, og noen husket i hvilken kontekst de hadde hørt musikken tidligere.

2.3.4 Re-produksjon

Et annet moment i musikkterapien på avdelingen var å synge sanger med utgangspunkt i et sanghefte jeg selv hadde satt sammen. De sangene som ble brukt, var valgt ut med hensikt om å være nøytrale med tanke på livssyn, politiske standpunkter, etiske og moralske verdier og lignende. Med utgangspunkt i tidligere erfaringer som leder av musikkworkshops i norske fengsler og i Libanon, har jeg samlet sanger som jeg mener er nøytrale. Noen ganger spilte og sang vi musikk som deltakerne hadde laget selv. I de tilfellene lærte hele gruppen den enkelte deltakerens musikk via muntlig overføring (etter gehør), med veiledning fra meg som musikkterapeut.

2.3.5 utfordringer ved bruk av musikk

Minner som kommer frem når du lytter til musikk og spiller/synger kan være med på å bygge opp din identitet (Ruud, 2013), men det kan også være med på å fremkalle ulike typer følelser (Rolvjord 2020, s. 9). Dette ble erfart i musikkterapirelasjonene på avdelingen. Noen deltakere viste tydelige tegn på at de husket vonde opplevelser. Dette kom til uttrykk i gråt og ved at de gikk ut av gruppen, eller ved at de ikke deltok i musikkterapi. Ved hjelp av miljøterapeuter eller annet personale kunne en samtale om de følelser som kom frem, føre til et ønske om å fortsette i musikkterapi. I flere tilfeller der deltakerne måtte gå ut av gruppen, kom de tilbake.

Det er gjort studier som omtaler rusavhengige menneskers bruk av musikk knyttet til inntak av rusmidler (Overå, 2013; Horesh, 2006). Flere av de pasientene som var innlagt på

avdelingen under denne studien hadde dobbeltdiagnoser, det vil si at de hadde en psykisk lidelse kombinert med en ruslidelse (Stensrud, 2012–2022). Det har også vært debatter rundt bruk av «skadelig» musikk, det blant annet de australske musikkterapeutene McFerran og Saaikallio (2013) har forsket på ungdommers lyttevaner. I studien kom det frem at ungdommer med risiko for å utvikle depresjon blandt annet lyttet til heavy metal. Studien viste at ungdommene selv oppsøkte musikk som matchet deres sinnstilstand. Musikken i seg selv var ikke er den utløsende faktoren for å utvikle depresjon (Metalinsider, 2011).

2.4 Tidligere forskning og relevant litteratur

Det er gjort systematiske litteratursøk som blir beskrevet i neste avsnitt. Det er mye relevant litteratur om bruk av musikkterapi innenfor psykisk helsevern for voksne, både internasjonalt og i Norge (Ansdell et al., 2010; Rolvsjord, 2020; Solli, 2008; 2014; 2015; Gold et al., 2009).

Denne studien handler om ansatte og musikkterapi på et DPS, og jeg vil benytte meg av fagfelleverderte artikler, bøker, rapporter og masteroppgaver som oppleves som relevante (GAMUT, 2022; Kielland et al., 2020; Kristiansen, 2013; Overå, 2013).

2.4.1 Litteratursøk

Det opplevdes som relevant å søke etter litteratur om hvordan ansatte erfarer musikkterapi innenfor psykisk helsetjeneste for voksne. Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble bestemt med hensyn til studiens omfang. En større studie hadde gitt mulighet til å ytterligere utdype og sammenligne ulike forhold for å få større kunnskap om og forståelse for tematikken.

Inklusjonskriteriene i de første søkene var fagfelleverderte artikler på engelsk, norsk, dansk eller svensk med ordkombinasjonene musikkterapi, psykisk helsevern, mental helse, ansatte og voksne. De engelske ordkombinasjonene var: «music therapy» and «adult» and «mental health» and «hospital staff» or «mental health workers» and «RCT» or «random» alternativt «mixed methods». Eksklusjonskriteriene var artikler om barn og ungdom, voksne med demenslidelser, og artikler som ikke hadde ansatte som datakilde. I utvalgsprosessen gikk jeg igjennom titler og uthevede søkeord-treff. Artikler som ikke hadde noen av søkeordene i tittelen eller i de uthevede søkeord-treffene ble ekskludert. I de artiklene som hadde «ansatte» i tillegg til noen av de andre søkeordene med i tittelen, ble «abstract» og innhold gjennomgått, og i noen tilfeller lastet ned for gjennomlesning.

Det ble gjennomført søk i fire databaser og én internett-søketjeneste. Utvalgskriteriene for databaser og søketjenester var forankret i anbefalinger fra Norges musikkhøgskoles bibliotek (NMH biblioteket, 2018). Søkene ble utført i MEDLINE, PubMed, RILM, Oria og Google Scholar. I tillegg ble artikkelsamlingen på hjemmesidene til GAMUT gjennomgått (GAMUT, 2022). Søkene ble avgrenset til fagfelleurderte artikler som NMH biblioteket hadde tilgang til fra 1.1.2005–14.04.2022. I RILM, PubMed og MEDLINE bruktes kun engelske søkeord, i Google Scholar ble både engelske og skandinaviske språk brukt. I Oria bruktes norske fagbibliotek og elektroniske resurser med både engelske og skandinaviske søkeord. Det ble foretatt kompletterende søk med utgangspunkt i relevante artiklers referanser, såkalt «snøball-søkning» (Malterud, 2018, s. 177).

For å systematisere søkene samlet jeg dem inn under kvalitative studier, kvantitative studier og mixed methods-studier (se avsnitt 4.2.1). Det var generelt mange treff på fagfelleurderte studier innenfor musikkterapi og psykisk helsevern for voksne, men få som tok utgangspunkt i ansatte, eller som hadde ansattes perspektiver med i studien.

En av de kvalitative studiene som fanget min interesse, var Silvermans (2018) studie med formål om å forstå ansattes opplevelser av gruppemusikkterapi. Der fremkom det at de ansatte mente at musikk spilte en viktig rolle i pasientenes liv, og at musikkterapeuten kunne ta direkte utgangspunkt i pasienten. Dette kunne føre til at man kunne skifte fra et introvert til et mer ekstrovert fokus. De ansatte mente at musikkterapi var et unikt verktøy for å legge til rette for opplevelser mellom deltakerne blant annet fordi tilbudet oppleves normaliserende. Videre kom det frem opplevelser om at musikkterapi la til rette for kognitive, affektive og adferdsmessige endringer.

I en annen kvalitativ studie problematiseres det faktum at det er lite forskning innenfor musikkterapi med ansatte som datakilde (Silverman & Bibb, 2018). I studien beskrives også et eget forskningsprosjekt om ansatte og pasienter. Der fremkom det at ansatte i utgangspunktet ikke hadde så stor kjennskap til musikkterapi, men at observasjon og opplæring endret synet på musikkterapi.

Rolvsjord (2020) har en kvalitativ studie som handler om hvordan musikkterapi kan støtte opp under personlige recovery-prosesser. Studien har utforsket ansattes og brukeres erfaringer med et musikkterapitilbud på et dagsåpent DPS (Rolvsjord, 2020). Studien resulterte i funn om hvordan musikkterapi kunne støtte opp om personlige recovery-prosesser, supplere annen behandling og integreres med andre elementer i behandlingen.

Innenfor kvantitative studier har Choi (1997) publisert en studie av 271 ansatte og 138 pasienter på et psykiatrisk sykehus. Der kommer det frem at de ansatte som hadde observert musikkterapi, verdsatte det mer, enn de som ikke hadde det. Pasientene verdsatte musikkterapi mindre enn de ansatte. Her kan forskningsmetodene ha påvirket resultatet med hensyn til pasientenes kapasitet til å svare på et kvantitativt spørreskjema.

I søk etter mixed methods–studier fant jeg blant annet en studie fra Australia (Patterson et al., 2015). Det konkluderes det med at pasienter og ansatte erfarer musikkterapi som et viktig supplement til samtaleterapi innenfor psykisk helsevern. Det trekkes også frem at musikkterapi fører til positive opplevelser knyttet til personlig recovery, i tillegg til å bidra til positive endringer ut fra et miljøterapeutisk perspektiv.

2.5 Avgrensninger og disposisjon av teksten

Oppgaven har en introduksjon som beskriver bakgrunnen for valget av tema, og presenterer formål og problemstilling. Videre vil det være begrepsavklaringer og beskrivelser av den musikkterapipraksis som er knyttet til studien. Jeg vil ta opp utfordringer ved bruk av musikk og hvilke former for samarbeid som fant sted på avdelingen der studien ble utført. Jeg vil foreta litteratursøk og presentere tidligere forskning. Videre vil jeg presentere det teorigrunnlaget studien baserer seg på, med avklaring av filosofisk og vitenskapsteoretisk forankring. Jeg vil beskrive hvordan jeg hentet frem og analyserte kvantitativt og kvalitativt datamateriale. Her vil jeg også trekke frem etiske vurderinger og kaste et kritisk blikk på egen metode. Studiens funn vil beskrives og diskuteres. Til slutt vil jeg synliggjøre egne refleksjoner rundt studiens relevans og veien videre.

3 TEORIER

Studiens teorigrunnlag er sprunget ut fra det innhentede datamaterialet. Det har vært en kontinuerlig prosess det teori har blitt lagt til, eller tatt vekk. Den utvalgte teorien er forankret i mitt syn på vitenskap, som i sin tur henger sammen med mitt syn på mennesket, på samfunnet og på andre grunnleggende forhold. Jeg plasserer meg innenfor den posthumanistiske tradisjonen som har sitt utgangspunkt i humanismen og som åpner opp for muligheten for å bruke teorier og vitenskapelige metoder både fra humanistisk og naturvitenskapelig tradisjon (Braidotti, 2013; Egeland, 2008; Ruud,

2020). Dette vil utdypes i avsnittet om vitenskapsteoretisk perspektiv (4.1). Den utvalgte teorien som er grunnlag for diskusjonen, er forankret i humanismen med innslag fra positiv psykologi og fenomenologi.

I følgende avsnitt vil jeg gjøre rede for elementer fra teorien som blir brukt i diskusjonene av funnene.

3.1 Salutogenese

Salutogenese kommer av det latinske ordet *saluto*, som betyr «helse» og det greske ordet *genesis*, som betyr «opprinnelse» eller «tilblivelse» (Langeland, 2014). Sosiologen og forfatteren Aaron Antonovsky (2012, s. 35) utviklet begrepet salutogenese, som er en motpol til begrepet *patogenese*. Patogenese tar utgangspunkt i de faktorer som forårsaker sykdom (Antonovsky, 2012, s. 35). Salutogenese ble aktualisert av humanistiske psykologer som blant andre Carl Rogers og Abraham Maslow (Langeland, 2014). Begrepet handler om å fokusere på menneskelige resurser og miljøet rundt mennesker, og hvordan det kan være et verktøy i tilfriskningsprosesser. Salutogenese kan gjenkjennes i mange retninger innenfor positiv psykologi som bygger på å utvikle individets sterke sider for å fremme aktørskap i eget liv (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; 2014; Rogers, 1961). Positiv psykologi knyttes til begreper som «flourishing» (Seligman, 2012), «flyt» (Csikszentmihalyi, 1990), «empowerment» og «recovery» (Langeland, 2014). Empowerment beskriver demokratiseringsprosesser som innebærer å styrke individers og gruppers myndiggjøring og mestringsopplevelser (Lønne, 2021). I Norge er begrepet knyttet til resursorientert musikkterapi gjennom blant andre Randi Rolvsjord (2006; 2008). Recoverybegrepet brukes på flere måter og beskrives som en filosofi, en bevegelse, en metode eller som en myte (Borg et al., 2013, s. 9). På individnivå beskrives det som en personlig prosess med endring av ens holdninger og livsstil. Individet kan på tross av psykiske og fysiske utfordringer leve med håp og mulighet til å utvikle seg (Slade, 2010). Begrepene knyttet til positiv psykologi vil ikke utdypes nærmere grunnet tekstens omfang.

Antonovsky (2012) utviklet teorien om Sense of Coherence (SOC) og handler om i hvilken grad mennesker opplever tilværelsen som begripelig, håndterbar og meningsfull (Antonovsky, 2012, s. 39). Antonovsky utviklet et spørreskjema om ulike tilnærminger til livet (2012, s. 194). Skjemaet var utformet med en skala fra én til syv der høy skår tilsvarte sterk grad av OAS og lav skår tilsvarte svak grad. Mennesker som opplever stor grad av OAS, klarer å håndtere utfordringer og et høyt stressnivå på en

bærekraftig måte. Livets nedturer vil ikke prege deres helsemessige allmenntilstand over lengre tid. De har utviklet en form for robusthet (Antonovsky, 2012, s. 57) eller psykologisk motstandskraft, resiliens (Skre, 2021), som bidrar til rask gjenoppretning. En definisjon av OAS er slik:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i. (Antonovsky, 2012 s. 41)

Aarre beskriver at det er en glidende overgang mellom helse og uhelse (2010, s. 111). Han tar opp at ansvaret for psykisk helse ikke ensidig kan ligge i etater og knyttes til institusjoner, men at det også bør knyttes til arenaer i individets hverdag. Etter at et medisinsk behandlingsløp er avsluttet, bør helsefremmende tiltak fortsette for å opprettholde opplevelser av god helse (Arre, 2010, s. 111). Brukermedvirkning og koordinerte tiltak i lokalmiljøet kan bygges opp og være med på å forebygge uhelse og fremme salutogenese.

Antonovsky (2012, s. 103) mener at opplevelser av sammenheng blir fastlagt som ung voksen, og at det er lite sannsynlig at opplevelsene kan endres i løpet av livet. Forskning viser at Antonovskys syn er i overkant pessimistisk, og at opplevelser av sammenheng også kan styrkes i voksen alder (Langeland, 2014). Det å utvikle strategier for å håndtere handlinger og tanker og å fremme helsebringende endringer, er viktigere enn det å finne årsaken til lidelser. Fokuset er på å forsterke det friske i mennesket og å tilrettelegge for bedringsprosesser og rehabilitering (Langeland, 2014).

3.2 Musikksyn

Studien og musikkterapipraksisen som de ansatte observerte eller selv var deltakere i, var forankret i tre ulike syn på musikk.

Det første med utgangspunkt i Christoffer Smalls (1998) begrep *musicizing*. Det vil si at musikk er et verb, musikk er noe vi gjør. Small mener at musikk er noe vi gjør i en spesiell

situasjon og ofte sammen med andre mennesker. Musikk inkluderer det å lytte til musikk, å spille/syng, å opptre, å være publikum, å jobbe bak scenen, å selge billetter og lignende.

Det andre med utgangspunkt i den engelske persepsjons-psykologen James J. Gibsons (1986) begreper *affordance* og *appropriering*. *Affordance* betyr «å tilby mulighet» og *appropriering* kan beskrives som å tilegne seg det som tilbys. James J. Gibson (1986) utviklet en teori om at omgivelsene kan tilby mennesker bestemte opplevelser. Tia DeNora (2000; 2013) var den første til å bruke disse begrepene i musikk–sosiologisk teori. Enhver omgivelse tilbyr et visst antall handlinger og persepsjoner. I musikk kan for eksempel et rolig tempo, og visse melodiske strukturer oppleves noenlunde likt av flere, og derfor kan musikken tilby den samme type opplevelse til flere. Hvis de som opplever musikken, tilegner seg det musikken har å tilby, «approprieres» musikken. Musikalsk mening konstrueres i den personen som opplever den. Musikken oppleves alltid i en kontekst, og det er alltid en interaksjon mellom individet og dets omgivelser (DeNora, 2000; DeNora, 2013).

Det tredje musikksynet har sine røtter helt fra antikkens Hellas, der musikken ble brukt til karakterdannende formål (Varkøy, 2003, s. 23). I musikkterapi kan musikk ses på som en relasjonell kraft og som terapi i seg selv (Trondalen, 2008, s. 37; Bruscia, 1987, s. 24; Nordoff & Robbins, 1980, s. 195; Garred, 2008, s. 99; Ruud, 1990). Som musikkterapeut inviterte jeg deltakerne med i musicking det musikken kunne tilby noe som deltakerne selv kunne velge om de ville ta imot (*appropriere*) eller ikke.

3.3 Musikk–miljøterapi i åpen gruppe

I noen av studiens funn og i musikkterapi praksis trekkes begrepene *miljøterapi* og *musikk–miljøterapi* inn. Miljøterapi kan beskrives som en gjennomtenkt og systematisk tilrettelegging av miljøet med hensyn til materielle/fysiske betingelser og psykologiske og sosiale forhold for å blant annet fremme mestring, læring og individuelt ansvar (Vandvik, 2021). Miljøterapi er ikke et avgrenset begrep, men får ulikt innhold avhengig av hvilken grunnlagstenkning som er utgangspunktet. I en mer adferdsrettet miljøterapi er målet å endre uønsket adferd, og i en mer humanistisk tilnærming kan miljøterapien være brukerstyrt og sette søkelys på autonomi (Vandvik, 2021; Lillevik & Øien, 2019). Miljøterapi kan inkludere musikk, og blir da beskrevet som musikk–miljøterapi (Aasgaard, 1998). Aasgaard (1998, s. 168) foreslår følgende definisjon: «Musikk–miljøterapi er en systematisk prosess det musikk brukes for å fremme helse i et definert miljø innenfor eller utenfor institusjoner». Det kan innebære bevisste og planlagte musikkaktiviteter og musikkfremføringer som kan legge til rette for godt

samvær mellom personale og pasienter og påvirke hele miljøet på avdelingen (Solli, 2009, s. 20). Aasgaard (1998, s. 169) trekker også frem en «grand scale musikk–miljøterapi» det også samfunnet utenfor sykehuset eller institusjonen blir berørt. Det kan dreie seg om å inkludere overordnede økologiske systemer slik som familie, personale, hjem, skole og lokalsamfunn i musikkterapien (Bruscia, 2014 s. 162; DeNora, 2013; Stige, 2008). Dette kan beskrives som samfunnsmusikkterapi (Trondalen & Bonde, 2012 s. 51).

Studiens funn er også preget av refleksjoner rundt åpne grupper og gruppeledelse. Pavlicevic (2003, s. 41) beskriver gruppelederen som en outsider som ikke er en del av de pågående relasjonene i gruppens indre liv. De allerede eksisterende relasjonene vil alltid påvirke gruppen. For å lede grupper der noen deltakere kun er til stede den ene gangen og aldri mer, kreves mye forberedelse, og det beskrives som den mest krevende formen for gruppeledelse (Pavlicevic 2003, s. 47). Tydelige regler og rammer bør avklares i åpningen av gruppen.

3.4 Relasjon, intersubjektivitet, nå–øyeblikk og deltakelse

Innenfor et humanistisk perspektiv er mennesket i sentrum og relasjonen står sentralt (Ruud, 2008, s. 9; Trondalen, 2008, s. 29; 2016). Ruud argumenterer for at det humanistiske perspektivet er forankret i et flerdimensjonalt menneskesyn «hvor mennesket forstås både som en organisme, en person og et samfunnsvesen» (Ruud, 2008, s. 9). Det å se på mennesket som en organisme innebærer at kroppen er grunnlaget for å oppfatte og tolke det som er rundt oss. Å forstå mennesket som en person innebærer å trekke frem evnen til å bruke språk, å reflektere og å kommunisere via symboler. Symboler er gjenstander eller tegn som knyttes til noe i overført betydning (Svendsen, 2022). Det å forstå mennesket som et samfunnsvesen innebærer å anerkjenne det mangfold av ulike sosiale forhold som preger oss.

Mennesker er allerede fra fødselen avhengig av, og preget av, relasjonelle forhold som gir oss muligheten til å forme oss selv gjennom andre (Stern, 1985; 2004, s. 119; Trevarthen, 1999). Relasjonsteoriene til Daniel Stern og Colwyn Trevarthen er forankret innenfor spedbarnsforskning og viser at mennesket er grunnleggende kontaktsøkende og meningsskapende.

Stern (2004, s. 134) innfører et nytt begrep, *intersubjektiv bevissthet*, som handler om relasjonelle opplevelser *her–og–nå*. I relasjonen vil den enes opplevde bevissthet overlappe den andres og delvis inkludere den andres opplevde bevissthet.

Den opplevde bevisstheten vil gjenspeiles i tonefall, i øynene og i kroppen og trenger ikke å være den samme opplevelsen, men kan ha ulike nyanser og kan omtales som spesielle *nå-øyeblikk* (Tronick, 1989; Stern, 1985). Dette kan være avgjørende for den terapeutiske prosessen (Stern, 2004, s. 148). Stern mener at det er problematisk at behandlere innenfor psykoterapi er avhengige av språket. Han trekker frem at det er viktig å bruke terapiformer som musikkterapi som også inkluderer nonverbal kommunikasjon og har et større fokus på her-og-nå (Stern, 2004, s. 148). Yalom (2002, s. 56) argumenterer for å bruke her-og-nå som hovedkilden i terapi. Han argumenterer for at her-og-nå støtter seg på mellommenneskelige relasjoner og et sosialt mikrokosmos.

Trondalen (2006, s. 124) beskriver forholdet mellom klient, terapeut og musikk som en musikalsk relasjon med mål om å opprettholde en gjensidig anerkjennelse i det musikalske samspillet. Nonverbal, kroppslig kommunikasjon og musikalsk kommunikasjon kan støtte opp om musikkterapirelasjonen (Garred, 2008, s. 103; Stensæth & Jenssen, 2016, s. 31). Musikken, deltakerne og rammene kan bidra til både indre og ytre erfaringer (Trondalen, 2008, s. 30; Trevarthen, 1999; Stern, 2004). Ruud beskriver at musikken kan være et *objekt* i det mellommenneskelige samspillet i musikkterapirelasjonen (Ruud, 2013, s. 85). Han mener videre at musikken kan ses på som et *selvobjekt* som bevarer og støtter opp om selvet (Ruud, 2013, s. 91). Musikken gjenspeiler det som oppleves som *deg selv*. Musikken *er* deg og representerer deg. Dette er en opplevelse som lett kan finne sted ved egen musisering. Opplevelsen preger hele kroppen fordi kroppen aktiveres når du spiller. Vibrasjoner fra instrumentet eller sangen treffer kroppen og bidrar til en psykosomatisk opplevelse. Musikken kan også bli brukt som et *mellomliggende objekt* (Winnicott, 1971, s. 5) og få en funksjon ved å være det som limer relasjon sammen og utvikler relasjonen.

En relasjon er avhengig av *deltakelse*, og musikkterapirelasjonene i studien inviterte til ulike former for deltagelse. Deltakelse kan være forskjellige former for samarbeid, fellesskap, empowerment og inkludering. Det vil si det motsatte av ekskludering (Piškur, et al., 2014; Stensaeth, 2010; Stensæth & Jenssen, 2016; Krüger, 2012; Stige, 2010). Evnen til å delta i en gruppeaktivitet er ifølge Stern (2004, s. 112) en forutsetning for å overleve, og gruppen, eller dyaden, er helt avhengig av intersubjektive relasjoner.

4 METODER

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for studiens vitenskapsteoretiske forankring og min oppfatning av kunnskap og virkelighet. I tillegg vil studiens design og metode beskrives.

4.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Hele studien er forankret innenfor et posthumanistisk perspektiv som forener humanistiske og naturvitenskapelige tradisjoner (Egeland, 2008; Braidotti, 2013; Ruud, 2020). Det posthumanistiske perspektivet kritiserer enkle årsaksforklaringer og handler om å forlate dualistisk tenkning rundt konstruksjoner slik som kultur/natur, bevissthet/tanke, subjekt/objekt, tenkning/væren og lignende. Det er også en kritikk av humanismens idé om å sette mennesket i sentrum og gi seg selv bestemte rettigheter i forhold til annet liv på jorden (Ruud, 2022). Innenfor posthumanistisk forskning er det et standpunkt at metoden virker inn på hvordan kunnskap blir til, og at den kreative forsker oppmuntres til å gå opp nye stier (Andersen, et. al., 2017).

Studien baseres på kvantitative og kvalitative metoder i et convergent mixed methods–design, «questionnaire variant» (avsnitt 4.2.1 og 4.2.2). Innenfor mixed methods er et vanlig filosofisk utgangspunkt *pragmatismen* (Creswell & Plano Clark, 2018, s. 39). Pragmatismen er historisk forankret i teorier utviklet av William James og Carl Sandets Peirce og senere John Dewey og George Herbert Mead (Stedje, 2020; Stølen, 2020). Utgangspunktet i pragmatismen er å studere menneskelige handlinger med en problemløsende tilnærming og heller bruke komplementære tilnærminger enn å peke på motsetninger. Innenfor pragmatismen kombineres ofte en deduktiv og induktiv tilnærming til forskningsdata og beskrives som en abduktiv måte å forholde seg til forskningsprosessen (Creswell & Plano Clark, 2018, s. 38).

I denne studien ble en induktiv tilnærming praktisert i den forstand at de innsamlede kvalitative dataene i stor grad styrte valg av teori brukt i diskusjoner. I tråd med en deduktiv tilnærming ble hypoteser testet ut i praksis ved hjelp av et kvantitativt spørreskjema (Løkken & Søbstad, 2013, s. 35; Thurén, 2018, s. 27). Kvalitative og kvantitative forskningsdata ble sammenlignet og diskutert. Resultatene fremstilles som sannsynlige og ikke nødvendigvis som absolutte sannheter (Briseid, 2018).

4.1.1 Epistemologi og ontologi

Studiens epistemologiske utgangspunkt er forankret i empiri, det vil si erkjennelse om at kunnskap fornemmes og erfares (Thornquist, 2018, s. 16). Det er ikke nok å rasjonelt tenke seg til ny kunnskap. Eventuell ny kunnskap vil springe ut fra analyser av data som er hentet fra empirien. I tråd med et pragmatisk syn kan kunnskap være feilbar og mulig å revidere (Stølen, 2020).

Epistemologien henger tett sammen med ontologi, det vil si hvordan virkeligheten oppfattes. Mitt utgangspunkt er at virkeligheten er subjektiv, mangetydig og relativ. Det vil si at beskrivelser av virkeligheten er preget av både de som studerer og det som studeres (Ruud, 2005, s. 3; Thornqvist 2018, s. 16; Malterud, 2018, s. 27).

4.1.2 Fenomenologi og hermeneutikk

Studien har elementer fra både fenomenologisk og hermeneutisk tradisjon.

Musikkterapirelasjonene, datainnsamlingen og dataanalysen vil være preget av både fenomenologiske og hermeneutiske temaer, ord og begreper.

Fenomenologi er både en filosofisk retning og en vitenskapsteoretisk metode. Fenomenologien ønsker å forene filosofi, vitenskap og liv, med den hensikt å forklare menneskelige handlinger ut fra aktørenes egne subjektive perspektiver.

Fenomenologens intensjon er å forklare hvordan vi som subjekter erfarer verden.

Husserl (i Thornquist, 2018, s. 22) mener at mennesket opplever verden gjennom sin bevissthet. Bevisstheten er alltid preget av vår forforståelse og rettethet, vår

intensjonalitet, men for å studere et fenomen må forforståelsen settes til side for å

virkelig komme til kjernen av det som studeres. Analysen av det kvalitative

datamaterialet vil være inspirert av *Interpretative phenomenological analysis* (heretter kalt IPA) (Eatough & Smith, 2017, s. 194), beskrevet nærmere i avsnitt 4.2.

Fenomenologen Merleau-Ponty (1994) setter kroppen i sentrum, og beskriver sin teori som kropporientert fenomenologi. Et viktig begrep er kroppslig intensjonalitet. Det vil

si at vi opplever og retter oss mot verden gjennom kroppen. Merleau-Ponty mener at

verden ikke oppfattes direkte, men gjennom vår bevissthet og vår erfarte kropp. Slik jeg leser Merleau-Ponty, dreier fenomenologi seg om at vi erfarer og handler gjennom

kroppen. Kroppen og selvet er knyttet sammen til en enhet. Merleau-Ponty (1994, s. 6)

skriver at vi lever i en verden som har mening og betydning for oss sammen med andre.

Det er fokus på forgrunn og bakgrunn, og tid og rom, og det er et ønske om å finne

kjernen, essensen, i det som studeres. Mennesket har tilgang på verden gjennom persepsjon og handling. Kroppen er kjernen i dem begge, og består av to lag; den vanemessige kropp og kroppen «her–og–nå» (Merleau–Ponty, 1994, s. 93).

Hermeneutikk kan beskrives med begreper som forståelse og tolkning (Thornquist, 2018, s. 23). Gadamer (2004, s. 304) poengterer at tolkning er en kontinuerlig prosess: “For the interpreter to let himself be guided by the things themselves is obviously not a matter of a single, ‘conscientious’ decision, but is ‘the first, last, and constant task’”. En metafor for hermeneutikken er en sirkel, eller spiral, som beskriver en dynamisk erkjennelsesprosess som pendler mellom del og helhet med hensikt om å forstå begge deler best mulig.

Valget av studiens design og metoder var preget av en hermeneutisk prosess, der jeg testet ut ulike tilnærminger for å så legge til og endre. Dette med en intensjon om å få en dypere forståelse for helheten. Spørsmålene i de semistrukturerte intervjuene hadde en hermeneutisk tilnærming når det kom til å tolke erfaringene fra ansatte. I nyere tid omfatter hermeneutikk både formidling gjennom språk og tekst, men også gjennom kunstneriske formidlinger slik som musikk, teater og dans (Thurén, 2018, s. 110).

For å beskrive forholdet mellom fenomenologi og hermeneutikk vil jeg trekke frem noe som forener, og noe som skiller. Fenomenologi og hermeneutikk er forankret innenfor et humanistisk perspektiv og er sentrale innenfor musikkterapifaget (Johansson, 2016). Fenomenologi er både en filosofi, vitenskap og metode (Trondalen, 2002, s. 52), mens hermeneutikk beskrives i hovedsak som en vitenskapsteoretisk retning. Fenomenologen vil prøve å sette all forforståelse for et fenomen til side i forskningsprosessen og finne kjernen i det som studeres. Hermeneutikeren vil trekke inn forforståelsen som en del av tolkningsprosessen, i en dialog mellom forforståelse, tekst/bilde/musikk og forsker (Thornquist, 2018, s. 22).

4.2 Forskningsdesign

I tråd med et posthumanistisk perspektiv var det et ønske om å forene kvantitative og kvalitative metoder. Motivasjonen for å kombinere ulike metoder kom av ønsket om å ha en utfyllende mengde forskningsdata. Ulike typer forskningsdata kunne belyse ulike perspektiver i diskusjonen av funnene og eventuelt gi mulighet for triangulering (Malterud, 2017, s. 200). Mitt valg om å kombinere ulike metoder sprang også ut av et læringsaspekt. Jeg ønsket å teste ut og lære meg metoder fra ulike vitenskapstradisjoner.

Det å bruke både kvantitative og kvalitative metoder for å utforske det samme fenomenet eller den samme problemstillingen, har fått navnet «The Mixed Methods Design» (Creswell & Plano Clark, 2018). Jeg velger å bruke den engelske benevnningen fordi navnet er et etablert kjennetegn på forskningsdesignet. De første forskningsstudiene som brukte mixed methods–design, kom i 1990-årene. Det var en forståelse av at forskningen fremsto som sterkere ved å blande kvalitative og kvantitative metoder (Creswell & Plano Clark, 2018, s. xxi). Dette førte til at fenomen kunne utforskes mer omfattende og utdypende og fra mange ulike innfallsvinkler (Creswell & Plano Clark, 2018; Greene, 2006).

4.2.1 Mixed methods–design

Min interesse for å bruke mixed methods–design sprang ut fra forelesningene på masterstudiet i musikkterapi. For meg fremsto designet som fremtidsrettet og nyskapende fordi det inkluderte både kvantitative og kvalitative metoder.

Kvantitative metoder brukes ofte i naturvitenskapelige studier som bygger på et deterministisk menneskesyn med en oppfatning av at mennesket er underlagt årsaksbestemt fungering og agering. Innenfor det kvantitative paradigmet vektlegges forskningsmetoder som tar utgangspunkt i tall (Malterud, 2018, s. 30).

Kvalitative metoder er forankret innenfor humanismen og har et indeterministisk syn på mennesket. Det vil si at mennesket kan påvirke og frigjøre seg fra destruktive krefter. Innenfor det kvalitative paradigmet vektlegges forskningsmetoder som tar utgangspunkt i tekst, der tekst kan være mer enn det skrevne ord, for eksempel et opplevd fenomen, et bilde, en film eller lignende (Thornquist, 2018, s. 24). Kvalitative metoder etterstreber å forstå og å gå i dybden av ett fenomen eller område (Malterud, 2018, s. 39).

Kompleksiteten ved å blande kvalitative og kvantitative metoder er anerkjent og har ført til tanker om å foreslå at «every mixed method study ultimately has its own unique design» (Creswell & Plano Clark, 2018, s. 52) og støtter opp under den posthumanistiske aksepten for den kreative forsker.

4.2.2 «The Convergent Design», «Questionnaire variant»

Det er tre hoveddesign innenfor mixed methods (Creswell & Plano Clark, 2018, s. 65). Det er: «The Convergent Design», «The Explanatory Sequential Design» og «The Exploratory Sequential Design». Slik jeg forstår de ulike designene, vil min studie på

engelsk benevnes som et convergent mixed methods–design. Dette designet har historisk sett hatt flere navn: «concurrent triangulation», «simultaneous triangulation», «parallel study» med flere (Creswell & Plano Clark, 2018, s. 68). I et convergent design innhentes kvantitative og kvalitative data samtidig for å så analyseres hver for seg og etter hvert sammenlignes (Creswell & Plano Clark, 2018, s. 68). I min studie fikk de samme deltakerne fylle ut et kvantitativt spørreskjema samtidig med at de utdypet og reflekterte over sine svar i et semistrukturert intervju. Hele datainnsamlingen ble tatt opp på lydopptaker og transkribert «in vivo».

Studien er en del av et masterarbeid og omfattet åtte deltakere. Det var derfor ikke mulig å vise frem analytisk statistikk. Formålet med å bruke kvantitative og kvalitative metoder var for å utforske problemstillingen fra flere sider, men også i læreøyemed. Jeg ønsket å trene på å håndtere forskningsdata fra ulike forskningstradisjoner. Jeg tolket det slik at Cresswell og Cresswell (2006, s. 64) mener at det er mulig å bruke et convergent mixed methods–design selv uten å ha som intensjon å få frem analytisk statistikk: «This design is used when a researcher wants to directly compare and contrast quantitative statistical results with qualitative findings or to validate or expand quantitative results with qualitative data». (Cresswell & Cresswell, 2006, s. 64).

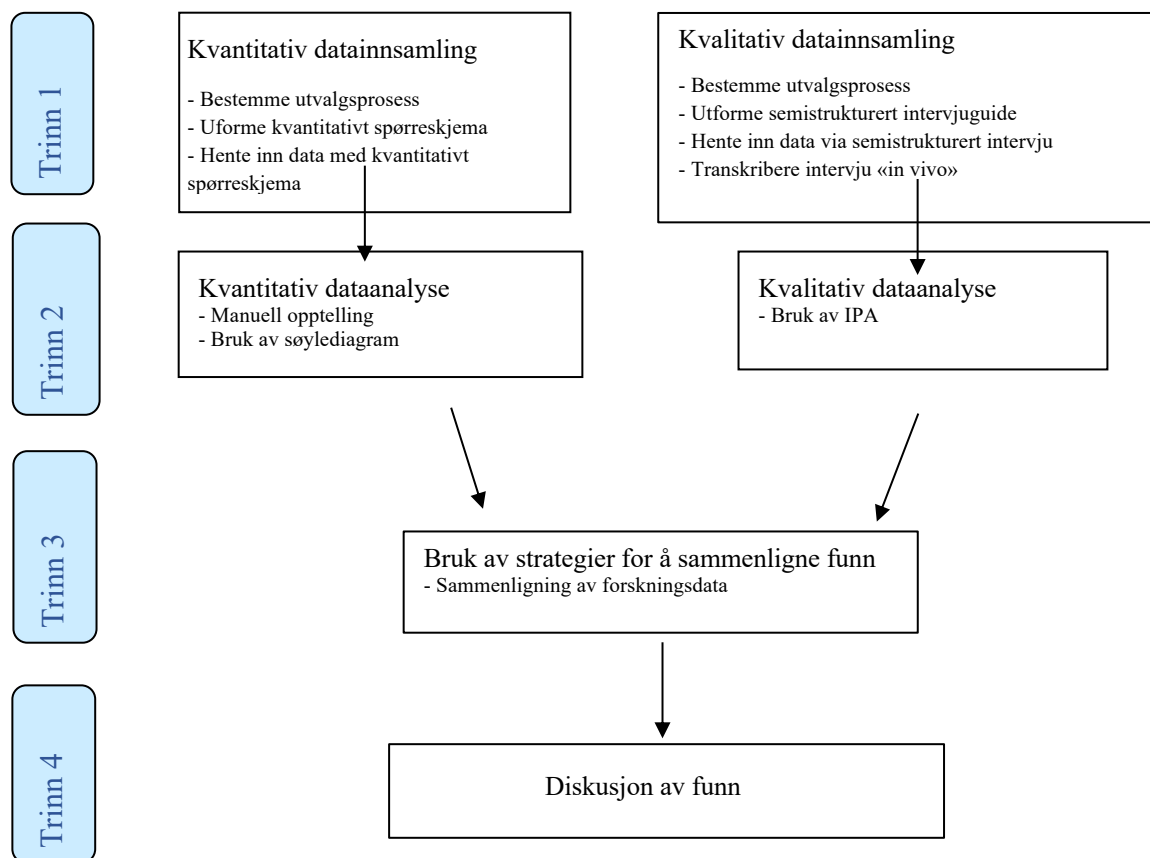
Det var et ønske om å validere talldata med verbale utsagn og vice versa. I utformingen av studiens design stilte jeg meg spørsmål om studien kanskje hadde et såkalt embedded design, der den ene typen data fungerer som et supplement til den andre typen (Cresswell & Cresswell, 2006, s. 69). Det mener jeg at ikke er tilfelle i min studie siden tall og tekst (intervju) blir innhentet samtidig. Dette omtaler Cresswell og Plano Clark (2018, s. 73) som «convergent mixed methods» og «questionnaire variant». De ulike typene data kan beskrives som et supplement til hverandre med en validerende funksjon. Dette blir også omtalt som «mixed methods light» (Creswell & Plano Clark, 2018, s. 73). I bruken av mixed methods er det vanlig å ha med navnet «mixed methods» i studiens tittel, men siden denne studien etter min mening er «mixed methods light», valgte jeg å gå bort i fra dette.

Proseduren i convergent design følger vanligvis fire trinn (Creswell & Plano Clark, 2018, s. 70). Dette ble tilpasset i min studie. I det første trinnet ble kvantitative og kvalitative data samlet inn, og i det andre trinnet ble begge typer data analysert, fortsatt adskilt fra hverandre. Her ble det brukt utvalgte kvantitative og kvalitative analyseverktøy. I denne studien analyserte jeg de kvantitative dataene manuelt (avsnitt 4.4.1).

De kvalitative dataene ble analysert med en metode inspirert av IPA (Eatough & Smith, 2017, s. 194) (avsnitt 4.4.2). Historisk sett ble IPA kun brukt for å analysere transkripsjoner. I dag brukes metoden i analyse av logger, observasjonsnotater, video og deltakende observasjon (Smith & Osborne, 2008, s. 53). Metoden har ofte et idiografisk fokus, som innebærer å studere enkelte hendelser eller enkelte mennesker og deres individuelle erfaringer eller egenskaper i en bestemt kontekst. IPA har sitt opphav innen fenomenologi og hermeneutikk og skiller seg fra andre metoder på grunn av sin kombinasjon av psykologiske, tolkende og ideografiske komponenter. Metoden kan beskrives som en nedenfra–og–opp metode (bottom up). Det vil si at empirien hele tiden er styrende for refleksjoner og konklusjoner. IPA bør brukes når det er en intensjon om å forsøke å forstå en bestemt opplevelse. Metoden åpner opp for en åpen dialog mellom forskeren og forskningsdataene og kan bidra til å se ting på en ny måte (Smith & Osborne, 2008, s. 55). IPA er mye brukt i helseforskning (Biggerstaff & Thompson, 2008, s. 174).

I det tredje trinnet ble kvantitative og kvalitative data sammenlignet (kapittel 5). I det fjerde trinnet ble data oppsummert og diskutert (kapittel 6). Her var det en intensjon om å besvare studiens problemstilling. Prosedyren beskrives i følgende flytskjema (Figur 1).

Figur 1. Flytskjema fra studiens forskningsprosess inspirert av Creswell & Plano Clark (2018, s. 70).



I det følgende vil de fire trinnene slik de ble utført i min studie, bli gjort rede for.

4.3 Datainnsamling

I dette avsnittet vil trinn én med bruk av konvergent mixed methods–design utføres.

Deltakerne og prosessen rundt datainnsamlingen i studien vil beskrives.

4.3.1 Deltakere

Deltakerne i studien var syv menn og én kvinne i 25–50-årsalderen. De hadde alle jobbet mer enn ett år innen psykisk helsevern. Utvalgsriteriene for å delta i studien var å ha jobbet i direkte kontakt med pasientene på avdelingen i det tidsrommet studien ble gjennomført.

Vedlagte informasjonsskriv ble delt ut i den aktuelle perioden (vedlegg 2).

Utvalget av deltakere ble til dels gjort ad hoc med utgangspunkt i hvem som hadde tid til overs, og som var på jobb den dagen det var musikkterapi. To deltakere avtalte om å møte

til intervju til et bestemt tidspunkt på forhånd, de andre seks ble intervjuet rett etter musikkterapigruppetilbudet. Deltakerne hadde yrkesprofesjonene miljøterapeut, psykolog, overlege, masterstudent i psykologi og idrettspedagog. Ti ansatte ble spurt om å delta i studien: To ønsket ikke å delta, og åtte ønsket å delta.

4.3.2 Kvantitativt spørreskjema og semistrukturert intervju

Kriteriene for valg av kvantitative verktøy var at de skulle være meget enkle i bruk, og gi mulighet til å se tendenser. Det var ikke et krav om å finne verktøy for å generere tallmateriale som ville bli brukt som selvstendig analyseverktøy, men mer som et supplement til kvalitative data, i tråd med «mixed methods light». Valget falt på å bruke spørsmål som ble besvart med ja eller nei ved å markere med et kryss, i tillegg til å svare på spørsmål knyttet til en visuell analog skala (VAS-skala) (Figur 2) Dette er et vanlig verktøy som brukes for å måle subjektive plager og symptomer innenfor klinisk praksis knyttet til medisinske fagmiljøer (Faiz, 2014, s. 323). Det blir også brukt for å måle psykisk helsetilstand (Reinertsen, 2017). VAS er en psykometrisk skala som er visuell, ikke verbal. Psykometri kan beskrives som kvantitative målemetoder innenfor psykologi (Malt & Aslaksen, 2018). VAS-skalaen har 11 punkter siden den går fra 0–10 og måler 10 centimeter. Jeg valgte å bruke disse kriteriene: 0 er nei, eller i ingen grad, og 10 er ja, eller i stor grad.

Figur 2. VAS-skala.

0 _____ 10

Spørsmålene måles med en VAS-skala der 0 er nei eller i ingen grad, og 10 er ja eller i stor grad.

Sett et merke på linjen fra 0–10.

Det kvantitative spørreskjemaet i studien var knyttet opp til tre ja/nei-spørsmål rundt deltakelse i musikkterapi og syv spørsmål om de ansattes vurderinger av musikkterapi på avdelingen (vedlegg 3). I studien fikk deltakerne svare på det kvantitative spørreskjemaet

samtidig som de utdypet svarene i et semistrukturert intervju og ble tatt opp med lydopptaker og transkribert «in vivo». Fordi intervjuet ble gjennomført samtidig med utfyllingen av spørreskjemaet, ble det en naturlig refleksjon rundt hvor og hvorfor deltakeren krysset av for ja/nei, og satte merket på VAS-linjen på den bestemte plassen.

Den kvalitative datainnsamlingen ble utformet som semistrukturerte intervjuer (Kvale, 1997). Intervjuet var tenkt å være en åpen refleksjon rundt hva de ansatte hadde svart på det kvantitative spørreskjemaet. Intervjuene var semistrukturerte i den forstand at den ansatte fylte ut det kvantitative spørreskjemaet samtidig som de reflekterte rundt sine egne svar. Utfyllingen av skjemaet førte til en samtale som åpnet opp for å komme inn på annen tematikk hvis det førte til det. Hvis det gjorde det, oppmuntret jeg til å utdype dette. Intervjuene ble gjennomført med hver enkelt deltaker én gang i et avgrenset rom, og varte i 10 til 30 minutter. Datainnsamlingen ble avgrenset til én til tre måneder (februar–april) våren 2021. Musikkterapitilbudet startet opp i oktober 2020, og alle ansatte som deltok i studien, hadde hatt mulighet til å observere, delta i eller snakke med pasientene om musikkterapien som ble praktisert på avdelingen.

4.4 Analyse

I tråd med convergent mixed methods trinn to, ble kvantitative og kvalitative data analysert hver for seg. Analysen av forskningsdataene hadde en abduktiv, eksplorativ og undrende tilnærming. Formålet var å søke etter noe uventet.

4.4.1 Kvantitativ dataanalyse

Det kvantitative spørreskjemaet var utformet med tre spørsmål om deltakelse i musikkterapi med mulighet for å krysse av for ja eller nei. Jeg tellet opp antall ja og nei manuelt og førte dem inn i et skjema. Videre var det syv spørsmål med tilhørende VAS-skala. VAS-skårene fra VAS-skalaene i de åtte spørreskjemaene ble kalkulert med linjal, notert for hånd med én desimal og satt inn i søylediagrammer. Hvert spørsmål fikk sitt eget diagram, og deltakerne var representert med hver sin søyle med ulike fargekoder. De ansatte som deltok i studien, fikk fiktive navn for å synliggjøre at de var mennesker og for å verne om identiteten. Av praktiske årsaker ble de ansatte presentert som tall i søylediagrammet: 1: Kim-miljøterapeut; 2: Jo-miljøterapeut; 3: Iben-psykolog; 4: Andrik-miljøterapeut; 5: Nicola-miljøterapeut; 6: Mika-idrettspedagog; 7: Teo-masterstudent i psykologi og miljøterapivikar; 8: Chris-

overlege. De kvantitative dataene ble brukt på to måter: for å ha et utgangspunkt i refleksjonene i intervjuet og for å visuelt synliggjøre eventuelle tendenser.

4.4.2 Kvalitativ dataanalyse

De kvalitative dataene i studien var åtte transkriberte intervjuer. Transkripsjonen var et maskinskrevet dokument på ca. 10 000 ord. Ved bruk av en analysemetode inspirert av IPA (Smith & Osborne, 2008; Rolvsjord & Solli, 2014) ble den kvalitative analysen utført på følgende måte:

I første steg ble transkripsjonene lest igjennom flere ganger. Interessant tekst ble markert og kommentert i en ekstra marg til venstre i dokumentet. Utvalgte utsagn og ord ble merket med rødt for å synliggjøres. Noen ord og uttrykk gav assosiasjoner til teori. Dette ble også skrevet inn i marginen. Prosessen foregikk gjentatte ganger, og tidligere notater ble revidert og utvidet.

I det andre steget i analysen ble temaer som deltakerne kom tilbake til, og som opplevdes som viktige for deltakerne, så kalte *meningsbærende enheter* (Malterud, 2018, s. 94) markert med ulike fargekoder. Temaene som ble trukket ut fra analysen, var: *musikkterapi som aktivitet, musikkterapi som supplement til annen behandling, musikk og musikkterapi og mestrings-oplevelser*.

Noen av temaene var felles for flere ansatte. Det var temaer som flere kom tilbake til, og som ble utdypet i intervjuet. Noen temaer fikk et overordnet nivå, og andre temaer ble plassert på et underordnet nivå. Etter å ha trukket frem temaer i overordnede og underordnede kategorier ble disse bekreftet med utsagn fra deltakerne i studien.

I det tredje steget ble transkripsjonene skrevet ut og kommentert for hånd og gjennomgått gjentatte ganger. Jeg etterstrebet å hele tiden ha studiens problemstilling i minne. Mitt fokus skiftet frem og tilbake mellom deltakernes utsagn og min egen tolkning av hva som lå bak utsagnene. Det var en hermeneutisk rundgang mellom det å tolke tekst og det å søke mening. Jeg måtte hele tiden reflektere over min egen forforståelse om forskningsdataene, for å og så prøve å sette dette til side for å virkelig sette meg inn i de ansattes erfaringer slik de kom frem i intervjuene, og slik jeg tolket de kvalitative dataene.

Noen utsagn handlet om de ansattes tolkninger av hva deltakerne i musikkterapien opplevde. Det var ikke sikkert at det den ansatte fortalte, var «det riktige». Det som kom frem

i transkripsjonene, var fortolkninger av opplevelser. I analysen fortolket jeg de ansattes fortolkninger av deltakernes muntlige utsagn og kroppsspråk. Her kan hele prosessen beskrives som en form for *dobbel hermeneutikk* (Giddens, 1976, i Fangen, 2010). Jeg var *var* på at dette kunne være langt i fra en objektiv sannhet, men innenfor min forskningstradisjon kunne det likevel ha en verdi (Malterud, 2018, s. 146).

4.4.3 Reliabilitet og validitet

I innhenting av dataene var det viktig å beskrive de metodene som ble brukt, så detaljert og transparent som mulig og sørge for at referanseføringen var så riktig som den kunne bli, slik at studien kunne etterprøves. Jeg ønsket å presentere forskningsprosessen slik at det var stor grad av reliabilitet, det vil si pålitelighet (Svartdal, 2020). I studien betydde det at de tall målingene jeg utførte når det kom til det kvantitative spørreskjemaet skulle være så nøyaktige som mulig. Ja/nei- spørsmålene og målingene knyttet til søylediagrammet ble utført på en nøysom måte og kontrollert to ganger. Intensjonen var å håndtere datamaterialet på en slik måte at studien var valid, det vil si gyldig (Dahlum, 2021). I min studie etterstrebet jeg å beskrive og diskutere relevante begreper og perspektiver med den hensikt om å svare på problemstillingen.

5 RESULTATER

I dette kapittelet vil trinn tre i konvergent mixed methods–designet utføres. Kvantitative og kvalitative funn presenteres hver for seg og vil etter hvert sammenlignes. Helt til slutt vil studien vurderes. Mulige bias vil trekkes frem, etiske problemstillinger vil belyses, og jeg vil fremstille et kritisk blikk på studien og bruk og valg av metoder.

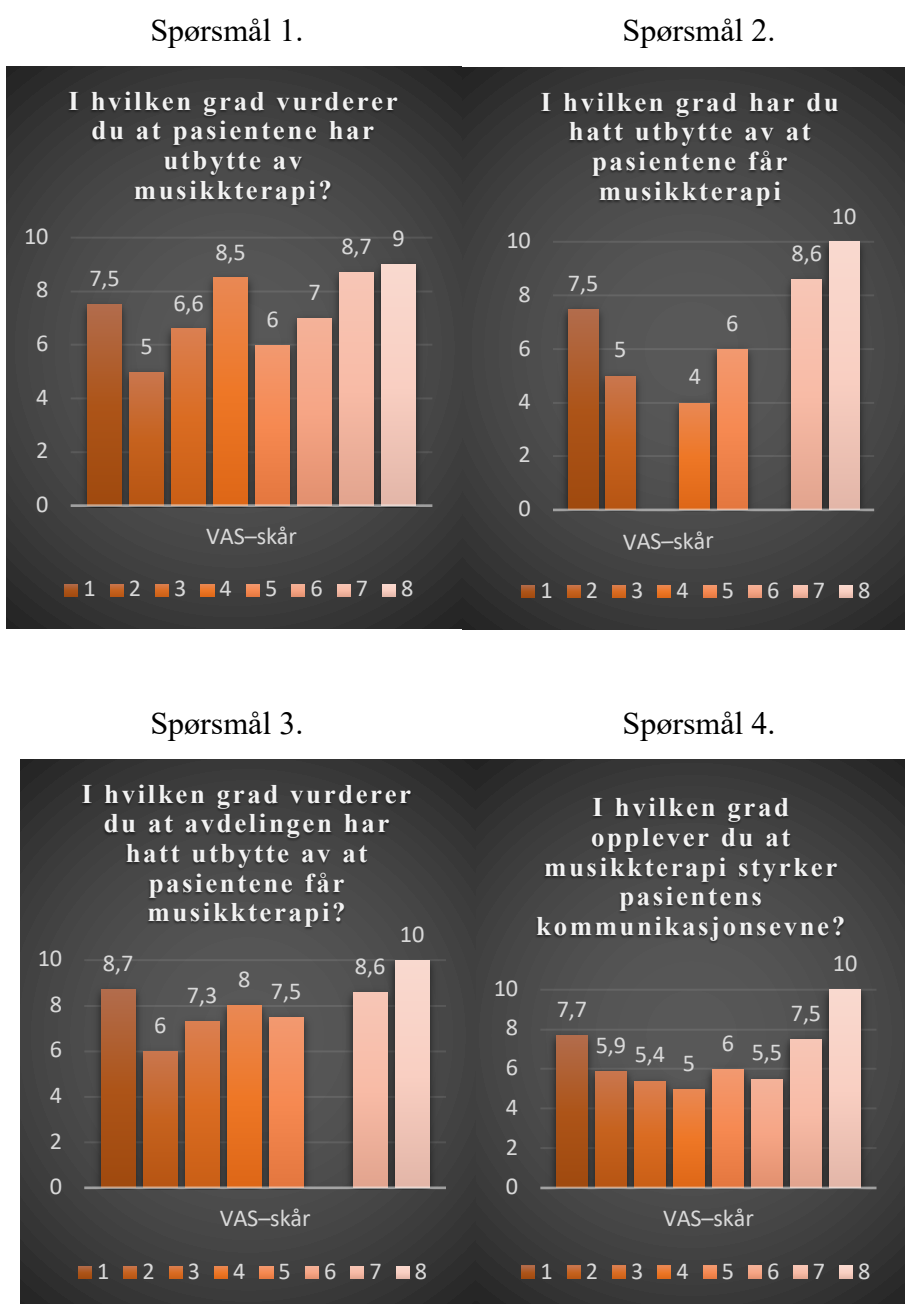
5.1 Kvantitative funn

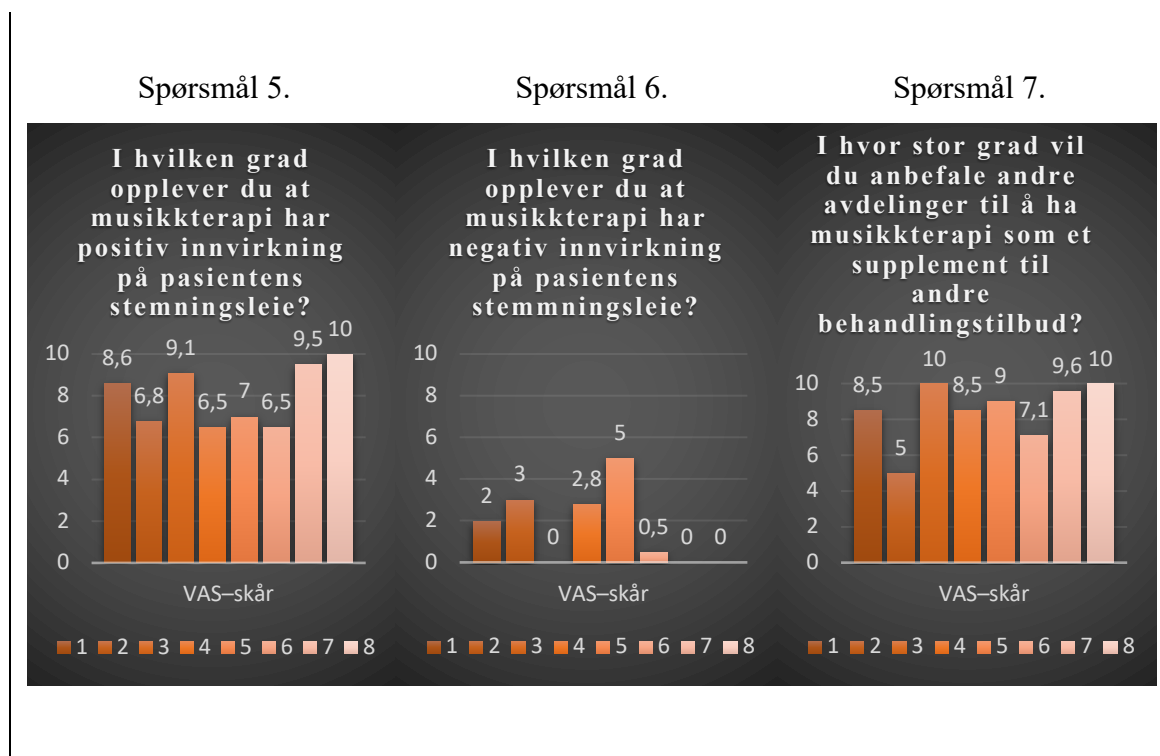
I analysen av de kvantitative dataene kom det frem at:

- Fire ansatte har deltatt i musikkterapi sammen med pasientene og fire har ikke deltatt i musikkterapitilbudet på avdelingen.
- Syv ansatte har observert musikkterapitilbudet på avdelingen og én har ikke observert musikkterapitilbudet på avdelingen.
- Syv ansatte har snakket med pasientene om hva de har opplevd i musikkterapi og én har ikke snakket med pasientene om hva de har opplevd i musikkterapi på avdelingen.

Figur 3 viser søylediagrammene det spørsmålene fra det kvantitative spørreskjemaet står skrevet over. Diagrammene er inspirert av en instruksjonsfilm (Toft, 2022), men er tilpasset studien. Diagrammene synliggjorde noen tendenser i materialet. Tallene i diagrammet er subjektive vurderinger fra hvert enkelt ansatt, det kriteriene for 0 er i ingen grad og 10 er i stor grad. Iben og Mika valgte å ikke svare på spørsmål 2 og 3.

Figur 3. Presentasjon av kvantitative funn.



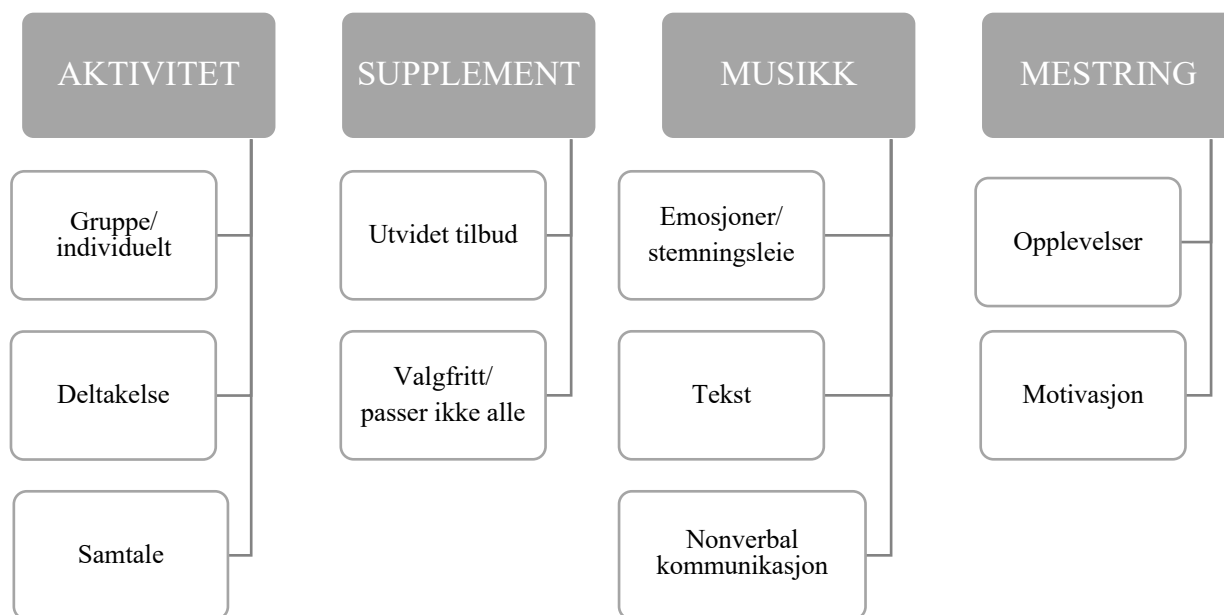


Ansatt 3, 7 og 8 (Iben, Teo og Chris) har gjennomgående en høy rangering av pasientenes utbytte av musikkterapi. Ansatt 2, 4, 5 og 6 (Jo, Andrik, Nicola og Mika) har en gradering som er mer sentrert mot midten på VAS-skalaen. Ansatt 1 (Kim) har en relativt høy gradering av at musikkterapi kan ha positiv virkning på pasientene, men bruker ikke ytterpunktene i VAS-skalaen. Ansatt 8 (Chris) brukte gjennomgående ytterpunktene i skalaen: 10 og 0. Søylediagrammene viste at miljøterapeutene hadde relativt lik vurdering av musikkterapeuttilbudet på avdelingen rundt midten på VAS-linjen og at overlegen, psykologen og masterstudenten i psykologi brukte ytterpunktene av skalaen.

5.2 Kvalitative funn

I analysen av de kvalitative dataene kom det frem fire overordnede temaer og ti tilhørende undertemaer som vist frem i figur 4.

Figur 4. Presentasjon av kvalitative funn.



Overordnede og underordnede temaer er presentert i følgende tabell (Tabell 1). Utvalgte utsagn fra de ansatte er limt inn i kolonnen til høyre og sammenfattet av meg i kolonnen til venstre.

Tabell 1. Presentasjon av overordnede- og underordnede temaer fra kvalitative funn.

OVERORDNEDE TEMAER	Underordnede temaer med utvalgte utsagn
AKTIVITET	Gruppe/ Individuell
Flere ansatte beskrev hvordan musikkterapi kunne legges til rette for sosialisering i	<i>Jo: Så er det litt det med gruppedynamikk også. Om det er en gruppe som har positiv innvirkning på hverandre eller omvendt. Som på en måte er positive og engasjerte og vil prøve å påvirke egen situasjon, til de som er veldig preget av negative symptomer og vil egentlig ingenting. Vil</i>

<p>gruppe, men også individuelt.</p> <p>Det var utsagn om utfordringer ved å delta i en gruppe.</p> <p>Det var refleksjoner rundt at noen pasienter kanskje hadde profitert på å ha et musikkterapitilbud individuelt isteden for i gruppe.</p>	<p><i>egentlig bare være ivaretatt på en type sted som dette her. Så det er klart at det er utfordrende. Men det er klart at det hadde vært et bra tilbud, det tror jeg er viktig. [...] For noen så er det en øvelse bare det å sitte i en gruppe, i et felles miljø. Det å komme seg ut av rommet. Det er utfordring nok i seg selv, bare det å være i den settingen det. Sosialt sett innebærer det for mange mye angst og uro, så det er jo en del av øvelsen i seg selv.</i></p> <p><i>Kim: Det er klart at disse manikerne kan ta veldig stor plass mens de deprimerte sitter og har kanskje noen meninger, men tør å si det kanskje fordi andre tar for mye plass. Så det kan jo være en utfordring. [...] kunne man ha laget klare rammer i forkant. [...] Fordi det er klart at ... ja, så må man jo vurdere da, om alle skal ha tilbudet. Er det et tilbud for alle, eller er det et tilbud for enkelte som vil profitere på det? [...] Det er ikke sikkert at pasienten burde ha hatt det? Kanskje pasienten burde ha hatt det alene? Det kan jo være et tilbud.</i></p>
Deltakelse	
<p>Ansatte trakk frem at musikkterapitilbudet kunne være viktig i forhold til det å delta i en aktivitet.</p> <p>Det kom frem at flere pasienter som ikke er så aktive ellers, var aktive i musikkterapi.</p>	<p><i>Jo: [...] selve deltakelsen som jeg tenker er viktig i forhold til depresjon, aktivisering generelt sett. Så det tenker jeg kan være nyttig å ha det som aktivitet.</i></p> <p><i>Iben: Jeg tenker i første gang at det er noe som skjer mot at det er noe som ikke skjer, i seg selv, har verdi. At det er musikk [...] det virker som at pasientene er interesserte. Og de fleste har, vi har, i hvert fall jeg har blitt overrasket over deltakelse på en del pasienter som ikke nødvendigvis har deltakelse på så mye annet, så det virker veldig flott.</i></p>

<p>Ansatte trakk frem at deltakelse i musikkterapi førte med seg et «lettere stemningsleie» hos pasientene.</p> <p>Noen ansatte trakk frem at det skjedde noe på avdelingen.</p>	<p>Nicola: [...] <i>det kan være et godt verktøy å ta i bruk når en pasient har økt tankekjør eller uro i kroppen.</i></p> <p>Chris: <i>Ja, selvfølgelig, det kan være ganske kjedelig å bli på avdelingen uten slike aktiviteter.</i></p>
Samtale	
<p>Flere ansatte brukte opplevelser fra musikkterapi som inngangsport til en samtale.</p>	<p>Jo: <i>Ja, jeg tenker at det kan jo være en inngangsport til dialog rundt hva de har vært med på. Som en tematikk i forhold til å dra i gang en samtale. [...] Hvordan opplevde de det? [...] Du kan snakke litt om at når du hørte den og den sangen som mange har et forhold til, hva vekker det i deg? Da kan man få en inngangsport til å ikke minst komme i kontakt med sitt eget følelsesliv som kanskje er, holdt på å si ikke så tilgjengelig det og da. [...]</i></p>
SUPPLEMENT	
<p>Ansatte uttalte at musikkterapi var et supplement til annen behandling på avdelingen.</p>	<p>Jo: <i>Det er fint å ha som et supplement til andre ting, men det stiller litt krav til pasientene og ikke minst deres forståelse av det.</i></p> <p>Iben: <i>Jeg tror mange har, kan ha veldig godt utbytte av musikkterapi. Jeg tror vi overvurderer vanlig verbalt språk som kanskje noen ikke er så gode på, som kanskje vi behandlere er gode på. Som pasienter ikke nødvendigvis har samme utgangspunkt for, mens musikk er på en måte noe annet.</i></p>

<p>Utsagn vitnet om behovet for å forsterke frisk adferd for å stimulere tilfriskningsprosesser.</p> <p>Noen ansatte påpekte at musikkterapitilbudet på avdelingen var en del av miljøterapien.</p>	<p><i>Kim: Det er jo et supplement fordi det er ikke alle som synes det er kjempegøy med sirkeltrening og gåturer og fysisk fostring. Mange er mer kreative og synes det kanskje er behagelig å lytte til musikk og mange kan komme i ulike sinnsstemninger av musikk. [...] Jeg tenker at avdelingen har et større tilbud til og for pasientene. Det er et annet type tilbud enn det vi allerede har, som er veldig, veldig bra synes jeg.</i></p> <p><i>Chris: Så her, på en måte vi snakker om sykdomsadferd, ikke sant, at det at pasienten blir ikke bare syk, men han har også syk adferd, det er derfor han blir syk. Så hva vi gjør, vi ikke bare behandler og eksponerer pasienter og snakker om sykdommen, men vi må også forsterke sunn adferd. [...] selvfølgelig musikkterapi, eller kunstterapi eller noe annet nesten må tilbys. [...] Musikkterapi eller fysioterapi som på en måte hjelper pasienten å slappe av fra det som er assosiert med sykdommen og behandlingen. Det er viktig å ha på avdelingen.</i></p> <p><i>Teo: jeg vil jo absolutt si at musikk er en del av miljøterapien.</i></p>
	<p>Valgfritt/ passer ikke alle</p>
<p>Gjennomgående trakk de ansatte frem at musikkterapi var valgfritt.</p>	<p><i>Kim: Her kan du velge selv om du vil være med eller om du bare vil lytte. Det synes jeg er bra.</i></p> <p><i>Nicola: Jeg synes at det er veldig bra at vi har aktiviteter som musikkterapi i ukeplanen. [...] At pasientene også selv kan velge om de vil delta på det, eller ikke, men da har de i hvert fall den muligheten til det.</i></p>

<p>Flere ansatte erfarte at musikkterapi var et tilbud som passet noen, men ikke alle.</p>	<p><i>Kim: Det er avhengig av pasienttypen hvor stort utbytte du får av musikkterapi. Hvis du liker å være litt frempå, å spille og kose seg og syng. Vi har jo noen av de her. Så da får man jo mer utbytte av det.</i></p> <p><i>Iben: Jeg tror det er forskjellig fra diagnose til diagnose, og fra person til person. Men jeg tror mange har, kan ha veldig godt utbytte av musikkterapi.</i></p> <p><i>Nicola: Jeg tror det er både og egentlig. At det kan ha positiv innvirkning på noen, og negativ innvirkning på andre.</i></p>
<p>MUSIKK</p>	<p>Emosjoner og stemningsleie</p>
<p>De ansatte kom med utsagn som handlet om at musikken satte i gang følelser og emosjoner hos deltakerne i musikkterapi.</p> <p>Musikken kunne føre til reaktivisering og et stemningsleie forbundet med sinne og tristhet og det var tanker om at en viss type musikk kanskje burde unngås.</p>	<p><i>Andrik: Ja, altså det jeg har sett er at enkelte kommer gjentatte ganger. Så de viser jo glede og deltar og er aktive, mimikken er smilende, mens andre er lyttende, men til stede og du kan se at de nikker og smiler.</i></p> <p><i>Jo: Ja, igjen er det dette med assosiasjoner. Hvis en husker en hit eller landeplage som var det for 10–12 år siden, og det var en periode da du for eksempel ble utsatt for mye overgrep eller hadde en veldig tung periode i livet da kan du bli reaktivisert når du hører på den musikken. Ja, så er det jo sikkert noe musikk som man forbundet med sinne, tristhet i seg selv, som kan være med på å dra det i litt feil retning. I hvert fall i forhold til den gruppa her som består av mye depressivitet, depresjon, og så har du manikerne på den andre siden som kanskje bør unngå en viss type musikk. Det er noen utfordringer.</i></p>

<p>Flere utsagn beskrev kroppslig aktivering.</p> <p>Det var refleksjoner om hvordan musikken påvirket stemningsleiet hos deltakerne i musikkterapi.</p>	<p>Andrik: [...] selv de dypt deprimerte som jeg har vært med, så synes jeg å ha sett glimt i øyet, og at de er til stede.</p> <p>Teo: Jeg har jo selv spilt musikk her, og hatt pasienter som har måttet å gå fordi det blir så emosjonelle.</p>
Tekst	
<p>Teksten kunne føre til reaktivisering og assosiasjoner til tidligere opplevelser.</p>	<p>Nicola: Jeg husker ikke hvilken sang det var, men det var noe spesielt i én tekst hvor en pasient kjente på negative følelser.</p> <p>Jo: [...] Det kommer jo helt an på hvor pasienten er i den prosessen kanskje. [...] Si en pasient med traumer, som kanskje ikke har bearbeidet det den sitter inne med, kjenner seg igjen i en tekst i en sang og så kan jo det være litt mye. [...] Det jeg har sett, eller observert selv er det har stort sett hatt en positiv innvirkning på pasientene.</p>
Nonverbal kommunikasjon	
<p>Noen ansatte erfarte at musikkterapirelasjonen kunne legge til rette for å kommunisere følelser uten å måtte verbalisere.</p>	<p>Kim: Kommunikasjon og musikk det henger veldig tett sammen, synes jeg. [...] Jeg tror man kan få utfolde seg gjennom musikken. Har man vanskeligheter for å ta ordet, og prate fysisk så kan man [...] det er lettere å være delaktig i en aktivitet.</p> <p>Iben: Jeg tror vi overvurderer vanlig verbalt språk som kanskje noen ikke er så gode på, som kanskje vi behandlere er gode på. Som pasientene ikke nødvendigvis har samme utgangspunkt for, mens musikk er på en måte noe annet.</p>

MESTRING	Opplevelser
<p>Det var refleksjoner rundt hvordan musikkterapi kunne brukes som verktøy for å fremme opplevelser av mestring.</p> <p>Det var også utsagn om det å trene på å tåle virkeligheten og livet slik det er.</p>	<p>Teo: <i>De har definitivt et utbytte av det, men det handler kanskje mer om bevisstgjøring og selvfølgelig det aller viktigste fra mitt perspektiv, innenfor dette med miljøterapi, er jo å gi de en følelse av mestring, som ikke bare innebærer de litt som for dem kanskje basale oppgaver de får fra psykologene og legene, men at de får oppleve noe som faktisk kan være gøy. [...] Pasienter som ellers er veldig tunge i stemningsleiet på en måte følte en eller annen form for mestring og fikk oppleve noe nytt. [...] Det som er så fint med musikkterapi da man blir et helt band, så kan man delta ut fra de forutsetninger man har.</i></p> <p><i>[...] det å forsøke å glemme det å unngå ting som trigger den type følelser, det skaper jo et uhensiktsmessig adferdsmønster. Man kan aldri kontrollere det som skjer rundt seg til enhver tid uten å isolere seg, og det skal man heller ikke gjøre.</i></p>
	Motivasjon
<p>Musikkterapi kunne være et verktøy for å motivere for annen behandling.</p>	<p>Teo: <i>Ja, greit, «ja, jeg klarte faktisk å være med på musikkterapi, kanskje jeg klarer å takle den terapien jeg får her bedre». Nå har jeg én erfaring at jeg fikk til noe, ikke sant, for de har ofte mange dårlige erfaringer. [...] Jeg tror det er mange nivåer av mestring i det rommet. For noen vil bare det å å være i samme rom som andre pasienter i seg selv være en form for mestring.</i></p> <p><i>[...] Så det å oppleve en annen form for mestring kan ha en overførsel til de kliniske utfordringene som de skal mestre her på sikt. Det å ha erfaringer som de finner ut at de får til.</i></p>

Ved hjelp av tabellen over har jeg presentert studiens kvalitative funn systematisert i hovedtemaer og underordnede temaer. Disse er eksemplifisert med utvalgte utsagn fra de semistrukturerte intervjuene og kort sammenfattet av meg i kolonnen til venstre i skjemaet.

5.3 Sammenligning av funn

I tråd med «questionnaire variant» (Creswell & Plano Clark, 2018, s. 73) ble kvalitative og kvantitative forskningsdata brukt for validering. Det vil si at de ble brukt for å bekrefte hverandre. Hver enkelt ansatt satte et merke på VAS-skalaen samtidig som de utdypet verbalt. I følgende avsnitt vil de kvantitative og kvalitative funnene sammenlignes.

5.3.1 Strategier for å sammenligne funn

Datainnsamlingen foregikk ved å hente inn kvantitative og kvalitative data samtidig. Hvert spørsmål i det kvantitative spørreskjemaet ble utdypet verbalt og innebar et tett samsvar mellom de kvantitative dataene og de utsagnene som kom frem i de kvalitative intervjuene. For eksempel sa Nicola at «Det jeg har sett, eller når jeg har observert, det er at alle er jo med. De synger med, så jeg vurderte at det er seks eller syv» samtidig som vedkommende satte et merke på VAS-linjen rundt tallet syv. Chris svarte på spørsmålet om «I hvor stor grad vil du anbefale andre avdelinger til å ha musikkterapi som et supplement til andre behandlingstilbud?» ved å sette et merke på tallet ti og svare at: «selvfølgelig musikkterapi, eller kunstterapi eller noe annet nesten må tilbys». Noen få ansatte endret merket på VAS-linjen i det kvantitative spørreskjemaet når vedkommende utdypet svaret verbalt. I analysen av intervjutranskripsjonene kom det frem temaer som det ikke ble spurt om i spørreskjemaet. Det var temaer knyttet til musikken og mestringsopplevelser.

I det følgende skjemaet (Tabell 2) vil jeg sammenligne tendensene i søylediagrammet med utsagn fra intervjuene i hvert enkelt spørsmål. På grunn av praktiske årsaker vil VAS-skårene 7–10 sammenfattes og 0–7 sammenfattes. De fiktive navnene til de ansatte vil skrives inn i tabellen slik at det kommer frem hvem som har sagt hva. Et utvalg av utsagn fra intervjuene eksemplifiserer VAS-skåren.

De to temaene musikk og mestring vil ikke være mulig å sammenligne med søylediagrammene, siden dette var temaer som kom frem i den kvalitative analysen.

Tabell 2. Sammenligning av kvantitative og kvalitative funn.

Spørsmål fra kvantitativt spørreskjema	VAS-skår fra søyle-diagrammet/ ansatte	Utvalgte utsagn fra semistrukturerte intervju
Spørsmål 1. «I hvilken grad vurderte du at pasientene har utbytte av musikkterapi?»	7,5 - 10 Kim Andrik Teo Chris	Kim: <i>Jeg tenker at det er veldig individuelt. Jeg tenker at noen har bedre utbytte av det enn andre.</i>
	5 - 7 Jo Iben Nicola Mika	Iben: <i>Jeg tenker i første gang at det er noe som skjer mot at det er noe som ikke skjer, i seg selv, har verdi. At det er musikk ... det virker som at pasientene er interesserte. Og de fleste har, vi har, i hvert fall jeg har blitt overrasket over deltakelse på en del pasienter som ikke nødvendigvis har deltakelse på så mye annet, så det virker veldig flott.</i> Nicola: <i>Det kommer jo helt an på hvor pasienten er i den prosessen kanskje. [...] Det jeg har sett, eller observert selv, er det har stort sett hatt en positiv innvirkning på pasientene.</i>
Spørsmål 2. «I hvilken grad har du hatt utbytte av at pasientene får musikkterapi?»	7,5–10 Chris Teo Kim	Chris: <i>[...] hvis pasienten har det bra så virker det greit. [...] Uten å tilby dette på avdelingen så jobber vi kun med én del.</i>
Iben og Mika valgte å ikke svare.	4–6 Nicola Jo	Jo: <i>Ja, jeg tenker at det kan jo være en inngangsport til dialog rundt hva de har vært med på. Som en</i>

	Andrik	<i>tematikk i forhold til å dra i gang en samtale for eksempel.</i>
Spørsmål 3. «I hvilken grad vurderer du at avdelingen har hatt utbytte av at pasientene får musikkterapi?»	7,3–10 Chris Kim Teo Andrik Nicola Iben	Kim: <i>Jeg tenker at avdelingen har et større tilbud til og for pasientene. Det er et annet type tilbud enn det vi allerede har, som er veldig, veldig bra.</i> Nicola: <i>Jeg synes at det er veldig bra at vi har aktiviteter som musikkterapi i ukeplanen. [...] At pasientene også selv kan velge om de vil delta på det, eller ikke, men da har de i hvert fall den muligheten til det. Der har jeg satt 7-8.</i>
Mika valgte å ikke svare grunnet lite tilstedeværelse på avdelingen.	6 Jo	Jo: <i>For noen så er det en øvelse bare det å sitte i en gruppe, i et felles miljø. Det å komme seg ut av rommet. Det er utfordring nok i seg selv, bare det å være i den settingen det. Sosialt sett innebærer det for mange mye angst og uro, så det er jo en del av øvelsen i seg selv.</i>
Spørsmål 4. «I hvilken grad opplever du at musikkterapi styrker pasientens kommunikasjonsevne?»	7,5–10 Chris Kim Teo	Chris: <i>Det er egentlig prinsippet for musikkterapi.</i>
	5–6 Jo Iben Andrik Nicola	Iben: <i>Ja, det kommer an på hva man legger i ordet kommunikasjonsevne. Er det da snakk om det verbale, eller er det snakk om alt det andre? Det å være rolig og å på en måte, mindful av musikken,</i>

	Mika	<i>kan gjøre at mye av det nonverbale fungerer bedre. Til motstykke til for eksempel tankekjør og kaos.</i>
Spørsmål 5. «I hvilken grad opplever du at musikkterapi har positiv innvirkning på pasientens stemningsleie?»	7–10 Chris Teo Iben Kim Nicola	Nicola: <i>Pasienten blir jo mye lettere i stemningsleiet og godt aktivisert. [...] Det kan være et godt verktøy å ta i bruk når en pasient har økt tankekjør eller uro i kroppen, at det kan være et fint verktøy å bruke.</i>
	6,5–7 Mika Andrik Jo	Andrik: <i>Selv de dypt deprimerte som jeg har vært med, så synes jeg å ha sett glimt i øyet, og at de er til stede.</i>
Spørsmål 6. «I hvilken grad opplever du at musikkterapi har negativ innvirkning på pasientens stemningsleie?»	0,5–5 Kim Jo Andrik Nicola Mika	Nicola: <i>[...] det har jeg opplevd kun én gang, men bare et tilfelle. Jeg husker ikke hvilken sang det var, men det var noe spesielt i én tekst hvor en pasient kjente på negative følelser.</i>
	0 Chris Teo Iben	
Spørsmål 7. «I hvor stor grad vil du anbefale andre avdelinger til å ha musikkterapi som et	7–10 Chris Iben Teo Nicola Kim	Andrik: <i>Jeg synes at det er kjempebra, det synes jeg. Og det har noe med stemningen på avdelingen også, det er klart det har noe med hvordan vi har forskjellige forhold til musikk, de aller fleste har et forhold til musikk.</i>

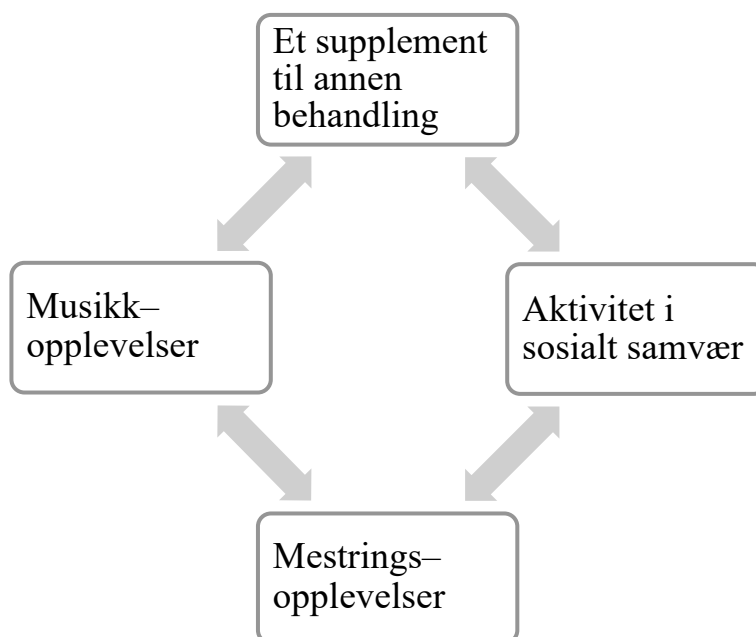
supplement til andre behandlingstilbud?»	Andrik Mika	<i>Chris: Problemet er at det er ikke så masse aktiviteter som kun er konsentrert i, hva skal vi si, helse eller normal fungering; hva vanlige folk gjør. Sånn som musikkterapi eller fysioterapi, det som på en måte hjelper pasienten å slappe av fra det som er assosiert med sykdommen og behandlingen. Det er viktig å ha på avdelingen.</i>
	5 Jo	<i>Jo: Det er fint å ha som et supplement til andre ting, men det stiller litt krav til pasientene og ikke minst deres forståelse av det.</i>

Kvalitative og kvantitative funn indikerer at ansatte mente at musikkterapi i stor grad var et viktig supplement til annen behandling. Funnene viser at de ansatte som ikke hadde deltatt i musikkterapi, observert musikkterapi på avdelingen eller snakket med pasientene om musikkterapi, verdsatte det mindre.

Det kan se ut til at tre til fire ansatte brukte ytterpunktene på VAS –skalaen, og at de utdypet verbalt i tråd med dette. Det kan også se ut til at tre til fire ansatte svarte rundt midten av VAS–skalaen, og utdypet verbalt i tråd med dette. Det er tendenser som viser at miljøterapeutene var mer restriktive når det gjaldt pasientenes generelle utbytte av musikkterapitilbudet på avdelingen. De satte gjennomgående et merke rundt midten av VAS–skalaen og utdypet med tilsvarende verbale utsagn. Dette kom tydeligst frem i spørsmålene rundt hvor stort utbytte avdelingen hadde, og hvor stor effekt musikkterapi hadde. De to hovedkategorier fra den kvalitative analysen – musikk og mestring – er ikke med i tabellen siden det er funn som kom frem uavhengig av det kvantitative spørreskjemaet.

Studiens kvantitative og kvalitative hovedfunn er vist frem i følgende figur (Figur 5). Ansatte erfarte og vurderte at musikkterapi kunne legge til rette for:

Figur 5. Studiens hovedfunn.



5.4 Vurdering av studien

Som uerfaren forsker var det viktig å ha et kritisk blikk på min egen måte å håndtere hele prosjektet på. Det opplevdes viktig å synliggjøre min egen rolle som musikkterapi-student og mine relasjoner med de ansatte på avdelingen.

5.4.1 Bias

Innenfor forskning innebærer bias at resultater eller slutninger kan være feilaktige og kan være påvirket av skjevheter eller feil i gjennomføringen av studien (Grønmo, 2020). En faktor som kan ha påvirket resultatene i denne studien var min relasjon til personalet. Etter et halvt års samarbeid med diskusjoner og refleksjoner rundt krevende problemstillinger og uformelt samvær på personalrommet, var det etablert et vennskapsforhold med flere ansatte. Mitt ønske om å få arbeide på avdelingen kan også ha påvirket situasjonen. Jeg opplevde at de ansatte ville at studien skulle komme godt ut. Det var en vilje til å støtte opp under prosjektet. Det er uklart om mine opplevelser rundt dette var reell, men om det var det, tror jeg det kan ha påvirket forskningsdataene. Fangen (2004, s. 78) beskriver forsker – effekt-dilemmaet. Det vil si at bare det å være til stede som forsker gjør noe med samtalen og måten vi opptrer for hverandre på.

En annen bias kan være kjønnsrelatert. Studiens deltakere var syv menn og én kvinne. Her kan jeg kun spekulere på om skjevheter i kjønnsbalansen kan ha påvirket resultatet, men det er viktig å ta med som en mulig bias.

5.4.2 Etikk

All datainnhenting ble behandlet anonymt. Ut fra et forskningsetisk perspektiv ble deltakerne informert om formålet med studien, og de signerte en samtykkeerklæring. Deltakerne i studien var underlagt taushetsplikt med hensyn til pasientene. Intervjuene ble gjennomført på en slik måte at det ikke kom frem opplysninger som kunne identifisere enkeltpasienter. Identifiserbare bakgrunnsopplysninger slik som alder, kjønn, tidspunkt, diagnoser og eventuelle hendelser ble utelatt. Forskningsdataene ble lagret på en minnepenn som ble låst inn i et skap når den ikke var i bruk. Prosjektledet og forsker hadde tilgang til materialet. Studien fulgte konvensjonelle regler for forskningsetikk (Trondalen, 2019; Nsd, 2022).

5.4.3 Krittisk blikk på studien og egen metode

Musikkterapitilbudet startet opp 2. oktober 2020. Datainnhenting fant sted etter ca. 12–16 ganger med musikkterapi på avdelingen. Pasientene oppholdt seg kun én til tre uker på avdelingen, og ingen av dem fikk derfor være til stede mer enn tre ganger av musikkterapitilbudet. Etter forskningsfunn fra Gold et al. (2009) er det estimert at den beste effekten av musikkterapi får man etter 16–20 ganger. Det innebærer at musikkterapitilbudet i denne studien sannsynligvis ikke gav stor effekt for pasientene.

Musikken i studien er representert fra et vidt spenn av sjangrer og stiler som kan ha påvirket resultatet. Det ble brukt musikk fra både vestlig kunstmusikk (klassisk) og afroamerikansk musikk (rytmisk), i tillegg til folkemusikk og tradisjonsmusikk.

Spørsmålene i det kvantitative spørreskjemaet kunne ha vært annerledes utformet og hatt en mer upartisk holdning til musikkterapi. Jeg mener i etterkant at spørsmålene var litt vel styrende og ikke fungerte godt nok i datainnhenting. Som forsker opplevde jeg nesten at jeg spurte etter de svarene jeg ville ha, og at det var lite rom for de ansatte å utdype og komme med egne refleksjoner. Her burde spørsmålene blitt prøvd ut i en pilotstudie før de ble brukt i hovedstudien.

Intervjuteknikken i de semistrukturerte intervjuene kunne ha vært mye mer åpen, og jeg kunne ha gitt deltakerne større rom til å snakke enda friere. Dette kunne ha ført til andre resultater og eventuelt synliggjort flere temaer. Intervjuene var også meget korte,

alt fra 10–30 minutter. Begrunnelsen for å ha korte intervjuer var å ikke forstyrre for mye i arbeidshverdagen til de ansatte.

Fordi det kvantitative spørreskjemaet kun ble brukt én gang, var det ikke mulig å sammenligne med tidligere resultater. Hvis kvantitative data hadde blitt innhentet ved flere tilfeller, hadde det vært mulig å se eventuelle endringer. Ved å innhente forskningsdata flere ganger, for eksempel før, under og etter gjennomføringen av hele prosjektperioden med musikkterapeuttilbudet på avdelingen, kunne dataene blitt brukt for å se etter eventuelle endringer.

6 DISKUSJON

Med utgangspunkt i problemstillingen «Hvordan erfarer og vurderer et utvalg ansatte musikkterapi på en døgnåpen post ved et distriktspeskiatrisk senter?» vil jeg i det følgende knytte studiens funn opp mot utvalgt teori og egne refleksjoner. Dette er det fjerde trinnet i prosedyren i convergent mixed methods-designet. Sentrale temaer fra hovedfunnene vil oppsummeres og diskuteres. Jeg vil starte med å presentere studiens hovedfunn og sammenligne disse med andre studier med ansatte som datakilde. Deretter vil jeg drøfte musikkterapi som et supplement til annen behandling og diskutere musikkopplevelser og musikk–miljøterapi opp mot utvalgt teori. Helt til slutt vil jeg oppsummere diskusjonen av funnene og trekke inn refleksjoner om mulige veier videre.

6.1 Hovedfunn og sammenligning med andre studier

Studiens hovedfunn er at ansatte erfarte og vurderte at musikkterapi er et viktig supplement til annen behandling. Ansatte ønsket i stor grad å anbefale musikkterapi som et tilbud på lignende avdelinger fordi det var et egnet verktøy for å endre stemningsleie og kommunisere nonverbalt når pasienter hadde vanskelig for å verbalisere. Funnene vitner om at musikkterapi kan være et egnet verktøy for å stimulere mestringsopplevelser.

I sammenligningen av de kvantitative og kvalitative funnene kom det frem at ansatte som ikke hadde deltatt i musikkterapi, eller observert musikkterapi på avdelingen, eller snakket med pasientene om musikkterapi, verdsatte det mindre. Det er tendenser som viser at miljøterapeutene var mer restriktive enn overlegen/psykologen/masterstudenten når det gjelder pasientenes generelle utbytte av musikkterapeuttilbudet på avdelingen. Slike tendenser kom tydeligst frem i spørsmålene rundt hvor stort utbytte avdelingen hadde hatt av et

musikkterapitilbud, og hvor stor innvirkning musikkterapi hadde på deltakernes stemningsleie.

Jeg vil nå se på hovedfunnene i studien i forhold til andre utvalgte studier om musikkterapi innenfor psykisk helsevern, med ansatte som datakilde. I studiene til Rolvsjord (2020) og Patterson et al. (2015) kom det frem funn som viste at ansatte opplevde musikkterapi som et viktig verktøy for å supplere andre tilbud (eller annen behandling) over tid, i tillegg til at musikkterapi kan integreres med andre elementer i behandlingen. I lignende funn fra min studie kommer det frem at ansatte erfarer at pasienter som har deltatt i musikkterapi, blir lettere i stemningsleiet og opplever mestring, og at terapiformen kan brukes i kombinasjon med annen behandling. I studien til Patterson et al. (2015) ble det konkludert at pasienter og ansatte erfarte at musikkterapi var et viktig supplement til samtaleterapi. I sammenligning med min studie finner jeg utsagn der for eksempel Iben sier at «jeg tror vi overvurderer vanlig verbalt språk som kanskje noen ikke er så gode på, som kanskje vi behandlere er gode på».

I flere studier (Rolvsjord, 2020; Patterson et al., 2015; Silverman & Bibb, 2018) kom det frem at ansatte mente at musikkterapi kunne være et verktøy for å komme i kontakt med egne følelser, og at deltakelse i musikkterapi kunne legge til rette for gode relasjonelle opplevelser. Det var lignende resultater i min studie. Kvalitative funn i min studie og i Rolvsjords (2020) studie viser at musikkterapi kan gi opphav til ulike typer følelser og opplevelser. I kvalitative funn fra min studie kommer det frem at «flash-backs» og noen sangtekster kunne vekke vonde minner. I Rolvsjords studie blir det poengtert at deltakerne i musikkterapi ikke alltid hadde erfaringer av velbehag under og etter musikkterapi, men at musikkterapirelasjonen fremmet et spektrum av følelser (Rolvsjord, 2020, s. 13).

Kvantitative funn fra min studie viser i likhet med Chois (1997) og Silverman og Bibbs (2018) studier at ansatte som hadde observert musikkterapi, verdsatte det mer enn de som ikke hadde gjort det. Silverman og Bibb (2018) fant også at observasjon og opplæring i musikkterapi førte til et mer positivt syn på terapiformen.

I min studie og i studiene til Silverman og Bibb (2018) og Rolvsjord (2020) fremkommer det at de ansatte mente at musikk spilte en viktig rolle i pasientenes liv. Musikkterapi ble erfart som et egnet verktøy for å legge til rette for helsefremmende opplevelser hos deltakerne blant annet fordi det oppleves som normaliserende.

I studien til Silverman og Bibb (2018) kommer det frem funn som vitner om at musikkterapi la til rette for kognitive, affektive og adferdsmessige endringer. Lignende

funn kan hentes frem fra min studie. De ansatte uttalte at de erfarte at deltakerne ble lettere i stemningsleiet, og mer til stede i øyeblikket. I tillegg mente flere ansatte at deltakelse i musikkterapi førte til høy grad av positiv innvirkning på stemningsleiet (spørsmål 5) og lav grad av negativ innvirkning på stemningsleiet (spørsmål 6).

I likhet med min studie fant Patterson et al. (2015) at ansatte opplevde at musikkterapi bidro til positiv endring ut fra et miljøterapeutisk-perspektiv. Funnt fra min studie viser at erfaringer av selve musikken gjorde noe positivt med stemningen på hele avdelingen.

De ansatte i min studie, erfarte i likhet med de ansatte i studien til Rolvsjord (2020) at musikkterapi fremmet prosesser knyttet til mestringsopplevelser.

Etter min mening er det flere likheter enn ulikheter i funnene mellom de studiene jeg har trukket frem i denne teksten. At det er flere likhetstrekk, mener jeg styrker denne studienes validitet.

6.2 Et supplerende behandlingstilbud

Hovedformålet med å gjennomføre studien var å utforske ansattes perspektiv på et musikkterapeutisk tilbud. Kvantitative og kvalitative funn viser at deltakerne i studien i stor grad ønsket å anbefale musikkterapi som et tilbud på lignende avdelinger blant annet fordi det appellerte til det friske i mennesket. Chris poengterte at «problemet er at det er ikke så masse aktiviteter som kun er konsentrert i, hva skal vi si, helse eller normal fungering, hva vanlige folk gjør» og «uten å tilby dette på avdelingen så er ikke det mulig, så vi jobber kun med én del». Ut fra et perspektiv forankret i salutogenese (Antonovsky, 1987; 2012) ser det ut til at musikkterapi kan brukes som et supplement til for eksempel medisiner, som kun kurerer kroppens kjemiske ubalanse (Gonzalez, 2020, s. 16).

Antonovskys (2012, s. 41) teori om opplevelse av sammenheng (OAS) handler om i hvilken grad individet opplever tillit til at stimuli fra ens indre og ytre miljø kan gi opplevelser av struktur og forutsigbarhet og kan bidra til å utvikle ressurser til å takle de krav og utfordringer som er i livet. Det salutogente perspektivet trekker frem nødvendigheten ved å klare å mestre utfordringer. Livet vil alltid by på opp- og nedture, og det er først når vi klarer å håndtere livet og erfarer det som begripelig, håndterbart og meningsfullt at vi utvikler OAS (Antonovsky, 2012, s 39). I min studie trakk Teo frem at «man kan aldri kontrollere det som skjer rundt seg til enhver tid uten å isolere seg». Hvis du har utviklet en sterk OAS, er det

mulig å håndtere livet, og har du en svak OAS, kan det føre til at du isolerer deg, slik Teo beskriver det.

Teo erfarte at de fleste pasientene på avdelingen hadde utfordringer med akkurat mestring. Teo, som selv hadde deltatt i musikkterapi mente at musikkterapi kunne styrke opplevelser av mestring, og at det kunne ha en overføringsverdi til andre områder. Teo erfarte pasienter som hadde opplevd at «ja, jeg klarte faktisk å være med på musikkterapi, kanskje jeg klarer å takle den terapien jeg får her bedre. Nå har jeg én erfaring at jeg fikk til noe».

Antonovsky mener at det er mulig å endre graden av OAS. Han snakker om OAS–fremmede erfaringer (Antonovsky, 2012, s.137). Det vil si å oppsøke erfaringer som kan fremme opplevelser av mening innenfor sitt eget liv. Etter min mening kan det være dette Teo er inne på i sin beskrivelse av effekten av deltakelse i musikkterapi.

Når vi håndterer utfordringer og opplever livet som meningsfullt, styrkes helsen. Vi utvikler en form for psykologisk motstandskraft, resiliens (Skre, 2021). I følge Antonovsky (2012, s. 57) har individer ulik grad av robusthet. Individer med sterk grad av OAS har større grad av resiliens enn individer med lav grad. Med bakgrunn i studiens funn tolker jeg at deltakelse i musikkterapi kan styrke OAS og individets resiliens/robusthet.

De fleste ansatte som deltok i studien erfarte at musikkterapi ikke passet for alle, men at det med ulike former for tilrettelegging kunne inkludere flere. Man kunne for eksempel ha et individuelt musikkterapitilbud i et dedikert rom og et gruppemusikkterapitilbud i et fellesområde. Pavlicevic (2003, s. 47) poengterer at det å lede åpne grupper er den mest krevende formen for gruppeledelse. I tråd med Pavlicevic (2003) var det noen ansatte som trakk frem at gruppertilbudet burde hatt tydelige rammer som ble avklart på forhånd, for å ivareta alle deltakere. Noen ansatte trakk også frem at det å ha musikkterapi i en åpen gruppe kunne innebære risiko for blamering. Hvis musikkterapi også hadde vært et individuelt tilbud i et dedikert rom kunne dette ha lagt til rette for at flere deltok. Det kunne i tillegg ha sørget for et bedre gruppemiljø, og man kunne unngått at noen deltakere tok for mye eller for lite plass.

Et annet funn som vekket min interesse, var tendensene i graderingen av de kvantitative spørsmålene. Det var tendenser som viste at miljøterapeutene gjennomgående var mer restriktive i bruken av ytterpunktene på VAS –linjen. De vurderte de fleste svarene rundt midten av skalaen, hvilket motsvarer midten av i ingen

grad og i stor grad. Selve målingen var subjektiv, men tendensene var tydelige. Sammenlignet med overlegen/psykologen/mastergradsstudenten var det en forskjell. De brukte i større grad ytterpunktene i skalaen. Dette kan ifølge de kvantitative funnene innebære at de sistnevnte vurderte at musikkterapitilbudets positive virkning på pasientenes helse og avdelingens utbytte var større enn det miljøterapeutene vurderte det som. Studien er for liten til å kunne hevde at dette er faktiske sannheter, men tendensene er viktige å bemerke seg. Her undrer jeg meg over om miljøterapeutene vurderte det slikt fordi de er mer tettere på pasientene i løpet av flere timer daglig. De ser kanskje i større grad at det er flere faktorer som virker inn på tilfriskningsprosessen, og som kanskje ikke handler om deltakelse i musikkterapi. Årsaken til at de satte merket midt på VAS-linjen, kan også dreie seg om at miljøterapeutene ikke tenker at det er mulig å bruke ytterpunktene. Miljøterapeutenes kvalitative utsagn synliggjorde mer positive erfaringer enn det skårene indikerte.

Fordi overlegen og psykologen har møtt pasientene til behandling i individuelle samtaler, kan de kanskje ha fanget opp pasientenes utbytte på en annen måte. Her kan det ha kommet frem at musikkterapi har hatt en positiv effekt i helsefremmende prosesser. Det å bruke ytterpunktene i VAS-skalaen kan også ha med andre faktorer å gjøre, slik som utdanningstradisjoner, sosiokulturell bakgrunn, behandlingsskiltur eller annet. Her kan jeg kun spekulere når det gjelder hva dette dreier seg om.

Med utgangspunkt i et salutogent perspektiv mener jeg at studiens funn indikerer at musikkterapi kan fungere som et supplerende tilbud, og at denne terapiformen i tillegg kan legge til rette for annen behandling på et DPS.

6.3 Musikkopplevelser

I intervjuene var det utsagn om selve musikken. De ansatte mente at musikken påvirket og endret stemningsleiet hos deltakerne i musikkterapien. For eksempel mente Andrik å ha «sett folk som hører på musikk, så tårene bare renner», noe som vitnet om kroppslige emosjoner. Stemningsleie handler om ulike følelser og emosjoner. En følelse kan beskrives som en subjektiv og bevisst opplevelse av en emosjon. Emosjoner kan komme til syne kroppslig og enten aktiveres eller hemmes (Rogndal, 2017). De ansatte opplevde at deltakelsen i musikkterapi satte i gang kroppslig aktivering hos pasientene, og at dette kom til syne ved bevegelser, smil, latter og gråt.

Kvantitative funn bekrefter at musikkterapi hadde både positiv og negativ innvirkning på deltakernes stemningsleie, og det kan se ut til at deltakelse i musikkterapi bidro til stemningsendring. Positiv innvirkning kunne bety å aktivere deltakere som i utgangspunktet var veldig inaktive. Det kunne også bety å sette i gang følelser som bidro til helsefremmende prosesser, som i noen tilfeller kunne bety å klare å verbalisere eller å klare å balansere stemningsleiet. Nicola erfarte at deltakelse i musikkterapi førte med seg et «lettere stemningsleie» hos deltakerne. Negativ innvirkning kunne bety at deltakelse i musikkterapi førte til blamering og/eller ukontrollert stemningsleie. Musikken i musikkterapirelasjonene kunne tilby ulike emosjonelle erfaringer som kunne approprieres av deltakerne i musikkterapirelasjonen (DeNora, 2013; DeNora, 2000). Musikkens helsefremmende effekt kom an på hvordan prosessen rundt approprieringen utviklet seg (DeNora, 2013, s. 276). Musikken kunne sette i gang sterke følelser hos deltakerne, som kunne bli bearbeidet sammen med terapeuter i etterkant av musikkterapien. Fra de ansattes perspektiv kunne hele prosessen føre til et endret stemningsleie hos pasientene, og den kunne eventuelt gi dem opplevelser av mestring og styrke opplevelser av sammenheng

Flere ansatte fortalte at noen deltakere i musikkterapien fikk negative opplevelser av teksten i de sangene vi brukte i musikkterapi. Noen tekster og noe musikk vekket vonde minner, og kunne fungere som en form for eksponering. Kvalitative funn støtter opp om at det å bruke musikkterapi som arena for eksponering kan ha både positive og negative virkninger, og at det var avhengig av hvor i prosessen pasienten var. Positive virkninger trengte ikke å bety det samme som å fremme positive følelser, men kunne innebære å bidra til å styrke opplevelser av å tåle og regulere alle typer følelser (Antonovsky, 2012, s. 159).

Musikken i musikkterapirelasjonene ble beskrevet som stemningsleieendrende, og begreper som «trist» og «glad» musikk ble trukket frem. Jeg tolker slike utsagn som at de er direkte knyttet til musikkens grunnelementer, slik som modalitet, puls, rytme, tekstur, melodikk, harmonikk og tekst, men her kunne det vært stilt spørsmål om det var musikken som klingende vesen som forårsaket kroppslige endringer, eller om det skyldtes konteksten eller noe annet. Musikkterapeuten Tom Næss (1989, s. 46) bruker musikkens parametere helt bevisst for å endre stemningsleier, eller støtte opp om deltakerne og utforske musikkterapirelasjonen. Dette kan beskrives som å bruke musikk *som* terapi og har sine røtter i Nordoff og Robbins-tradisjonen (Garred, 2008, s. 99), men stammer fra de gamle greske filosofene, som brukte musikk til karakterdanningsformål (Varkøy, 2003, s. 23; Trondalen, 2004).

Musikken i musikkterapirelasjonene kan også ses på som et kommunikasjonsfelt og som en mulig terapeutisk agent (Trondalen, 2008, s. 37; Bruscia, 1987, s. 24). Flere ansatte pekte på hvordan musikken i seg selv endret stemningsleiet hos deltakerne, og hvordan de brukte følelser som hadde kommet til syne i musikkterapien til å starte opp en samtale. Noen ansatte erfarte at musikken gjorde deltakerne mer til stede her – og – nå. Et endret stemningsleie kunne være gunstig for pasientenes mulighet for å tilegne seg annen behandling på en bedre måte.

Kvalitative funn fra denne studien indikerer at musikken og opplevelsene fra musikkterapien ble brukt som et utgangspunkt i en samtale og som en inngangsport for å komme i kontakt med sine egne følelser. Musikken fungerte som et mellomliggende objekt (Winnicott, 1971, s. 5) i relasjonene i musikkterapi og i etterkant av terapien. Musikken kunne for eksempel brukes som en inngangsport til en samtale om trivialiteter eller om dype personlige erfaringer. Den kunne også være selve kommunikasjonsmidlet i klingende form.

Det kan se ut som om de ansatte erfarte at pasientenes deltakelse i musikkterapi endret opplevelser av identitet og *selvet* (Ruud, 1990; 2013; 2020), at musikken for pasienten kunne gjenspeile det som ble opplevd som *deg selv*. Musikken kunne bli et objekt i samspillet i musikkterapirelasjonen (Ruud, 2013, s. 85). Musikken kunne *være* deg og representere deg. I intervjuet beskrev Jo at «hvis man har vanskelig for å verbalisere, uttrykke følelser som man opplever der og da, kan musikk i seg selv gi en liten pekepinn, hvor er jeg i dag i landskapet, i forhold til følelseslivet og hvordan jeg har det generelt». I musikkterapirelasjonen kunne musikken som klingende vesen formidle stemningsleiet der og da.

Flere ansatte trakk frem behovet for å ha aktiviteter som motiverer til deltakelse. Ensidig behandling knyttet til medisiner og samtaleterapi kunne føre til at pasientene følte at dagene var lange og tunge. Med utgangspunkt i begrepet *musicking* (Small, 1998) og synet på at musikk er noe du gjør, kunne utsagn fra de ansatte i studien bekrefte at musikkterapi kunne motivere pasienter til å delta i en aktivitet. Mange ulike former for levende musikk ble brukt i musikkterapitilbudet på avdelingen. Valg av musikk og musikkaktivitet ble i stor grad bestemt av de deltakerne som var til stede akkurat der og da, og fremmet brukermedvirkning (Arre, 2010, s. 111). Iben erfarte å ha «blitt overrasket over deltakelse på en del pasienter som ikke nødvendigvis har deltakelse på så mye annet», med hensyn til musikkterapitilbudet.

Det kan se ut til at det å spille musikk sammen med andre og å lytte til levende musikk, og i noen tilfeller snakke om musikk, førte til aktiv deltakelse som endret stemningsleiet. Noen ansatte trakk frem at de hadde sett emosjoner komme til syne hos deltakerne. Andrik mente å «ha sett glimt i øyet, og at de er til stede». Etter min mening kan dette indikere at musicking momentet i musikkterapirelasjonen la til rette for erfaringer som endret stemningsleiet og fremmet opplevelser i nå-øyeblikket.

Nå-øyeblikk (Stern, 1985; 2007; Tronick, 1989; Yalom, 2003, s. 56) kan beskrives som essensielle erfaringer som har en viktig psykologisk funksjon. Nå-øyeblikkene kjennetegnes ved subjektive opplevelser som er helt nye, eller spesielt problematiske, slik at de kan «trenge inn i bevisstheten [sic]» (Stern, 2004, s. 59). Det kan se ut til at det er slike nå-øyeblikk som blir beskrevet av de ansatte. Fordi det er de ansatte som tolker pasientenes opplevelser, og fordi jeg i min rolle som forsker tolker de ansattes erfaringer, er det uvisst om dette er en riktig tolkning.

6.4 Musikk–miljøterapi

Kjennetegn på den humanistiske miljøterapien er å fremme autonomi og brukerstyring (Vandvik, 2021; Lillevik & Øien, 2019). I den åpne musikkterapigruppen ble erfaringer tatt til etterretning fra uke til uke. Innspill fra deltakerne (ansatte og pasienter) preget og endret musikkterapipraksisen. Musikken opplevdes sammen med de andre i gruppen og dannet en ramme rundt relasjonen. Dette kan beskrives med at musikken var et *objekt* i det mellommenneskelige samspillet (Ruud, 2013). Ifølge Ruud (2013, s. 85) kan musikk i musikkterapi ses på som et *selvobjekt* som bevarer og støtter opp om selvet (Ruud, 2013, s. 85). I studiens kvalitative funn beskriver ansatte hvordan de bruker selve konteksten rundt musikkterapirelasjonen til å fremme prosesser rundt identitet og bevisstgjøring av selvet hos pasientene. Musikken ble slik Jo beskriver, brukt som «en inngangsport til å ikke minst komme i kontakt med sitt eget følelsesliv». Musikken kunne være et verktøy for å definere hvem du er, og hvem du ønsker å være (Ruud, 1990; 2013).

Kvalitative funn vitner om at musikkterapi motiverte til deltakelse i en aktivitet, og at det la til rette for sosialt samvær og opplevelser av samhørighet. Det var flere utsagn om at musikkterapitilbudet var en aktivitet som hadde endret deltakernes aktiviseringsnivå og fremmet motivasjon til å delta i noe. Andrik mente at «det er veldig bra at vi har aktiviteter som musikkterapi i ukeplanen» fordi det er et «godt verktøy å ta i bruk når en pasient har økt

tankekjør eller uro i kroppen». Ifølge Stern (2000, s. 112) er deltakelse en grunnleggende forutsetning for å overleve. Deltakelse er i sin tur er avhengig av intersubjektive relasjoner (Trondalen, 2008; 2016; Stern, 1985). Intersubjektivitet innebærer et samspill som handler om gjensidig påvirkning av hverandre over tid (Johns, 2008, s. 72; Stern, 1985; 2007).

Musikkterapi-relasjonene var etter min mening preget av intersubjektive relasjoner. Dette er ikke noe som denne studiens empiri kan bekrefte, men bunner i mine egne erfaringer fra musikkterapirelasjonene. Fordi musikkterapien ikke var forankret i det verbale, var det enklere for noen deltakere å være med. Utsagn fra blant andre Iben bekrefter dette: «Jeg tror vi overvurderer vanlig verbalt språk som kanskje noen ikke er så gode på, som kanskje vi behandlere er gode på. Som pasientene ikke nødvendigvis har samme utgangspunkt for, mens musikk er på en måte noe annet».

Deltakerne i musikkterapirelasjonen kunne kommunisere via musikken. Med utgangspunkt i teorien om kommunikativ musikalitet beskriver Colwyn Trevarthen (1999) og Daniel Stern (1985; 2004) den tidlige relasjonen mellom mor og spedbarn. Der er det en kommunikasjon gjennom samstemthet med hensyn til toneleie, dynamikk, puls, klang og lignende. Noen ansatte i min studie trakk frem at musikkterapirelasjonen la til rette for å kommunisere følelser uten å måtte verbalisere. Etter min mening kan det se ut til at de beskriver en form for kommunikativ musikalitet.

Studiens funn bekrefter det faktum at det skjedde noe på avdelingen som var positivt i seg selv. Ansatte mente at hele avdelingen ble positivt preget av musikkterapitilbudet. På grunn av rammene med en åpen gruppe i fellesstuen var det mulig å lytte til musikken over hele avdelingen. Kvantitative funn viser at det var høy grad av utbytte for avdelingen å ha musikkterapitilbudet. VAS-skårene fra syv av åtte ansatte viste 6–10, med et estimert snitt på rundt 8. Ut fra et musikk-miljøterapi perspektiv kan planlagte musikkfremføringer og musikkaktiviteter påvirke hele miljøet på en avdeling (Solli, 2009, s. 20). Det kan se ut til at dette også var tilfelle i min studie.

6.5 Oppsummering av diskusjonen og veien videre

Ansattes perspektiv på et musikkterapitilbud ble utforsket ved bruk av et convergent mixed methods-design, «questionnaire variant». Studiens funn viser at musikkterapitilbudet ble erfart og vurdert som et viktig supplement til annen behandling fordi de ansatte mente at deltakelse i musikkterapi styrket mestringsopplevelser og stimulerte tilfriskningsprosesser. Videre viser funn at musikkterapi stimulerte og motiverte til

sosialt samvær som kunne være utviklende for deltakerne, og flere ansatte brukte det som skjedde i musikkterapien for å sette i gang en samtale. Kvalitative funn viser at ansatte erfarte at deltakelse i musikkterapi kunne endre stemningsleiet. Noen deltakere ble lettere i stemningsleiet, viste tegn til glede og uttalte opplevelser av mestring, men det var også erfaringer med at musikk og tekst gav opplevelser av sorg og sinne. Det å kunne tåle og håndtere et spekter av følelser er viktige erfaringer for å mestre livet og et viktig element i et salutogent perspektiv. Noen ansatte trakk frem at det å tilby musikkterapi individuelt (ikke i gruppe), kunne ha ført til at deltakerne fikk et enda større utbytte av tilbudet. Det som foregikk i den åpne musikkterapigruppen, ble av noen ansatte beskrevet som miljøterapi og kunne legge til rette for tilfriskningsprosesser.

I introduksjonen beskrives fordeler og ulemper ved å kun intervju ansatte og ikke pasienter. Selv om vi mister pasientperspektivet i denne studien, mener jeg at den har en verdi. De ansatte har ofte en viktig funksjon i pasientenes tilfriskningsprosess (Nissen–Lie, 2012), og det å utforske et ansattperspektiv kan gi en dypere forståelse for hele behandlingstilbudet. Resultatene bør tolkes med viten om at studien hadde noen metodiske svakheter, som jeg har tatt opp i avsnitt 5.4.3. Videre bør det være en bevissthet rundt min dobbeltrolle som forsker, musikkterapistudent og kollega til de ansatte som deltok i studien.

Studien har fått navnet *musikkens muligheter* og henspiller på DeNoras (2013) begrep affordance. I tolkingen av de kvalitative dataene kom de ansattes syn på de mange mulighetene musikken i musikkterapi har, frem. Flere ansatte trakk frem at musikken kunne tilby noe annet enn standard behandling. Pasienter som hadde vanskelig for å uttrykke seg verbalt kunne kommunisere i og gjennom musikken. Ansatte mente også at musikkterapi kunne legge til rette for å styrke det friske i mennesket. Musikken kunne tilby muligheten til å være sammen med andre og å oppleve noe sammen med andre. Musikkterapitilbudet kunne legge til rette for å være i et musikalsk lydlandskap, en musikk–miljø, som kunne endre stemningsleie hos deltakerne og styrke opplevelser av sammenheng.

Musikken i studien representerer et vidt spenn av sjangrer og stiler. Det ble brukt musikk fra både vestlig kunstmusikk (klassisk) og afroamerikansk musikk (rytmisk), i tillegg til folkemusikk og tradisjonsmusikk. Dette er noe som kunne ha blitt utforsket nærmere i en større studie. Her kunne det vært satt søkelys på om, og eventuelt hvordan, musikken og/eller miljøet rundt musikken påvirket og eventuelt endret opplevelser

knyttet til for eksempel salutogenese. En senere større randomized controlled trial (RCT) studie kunne for eksempel utforsket ansattes og pasienters erfaringer fra musikkterapi med spesielt fokus på musikken. Her kunne det blitt sammenlignet pasienter som fikk musikkterapi som etterfølges av samtaleterapi og eventuelt medisiner, med pasienter som ikke fikk musikkterapi, men kun samtaleterapi og medisiner. En slik studie ville kunne generere sammenlignbare data for å ha mulighet til å utdype diskusjoner rundt musikkterapi som et behandlingstilbud. Det hadde også vært interessant å se på om bruk av, for eksempel, et tettere tverrfaglig samarbeide, hadde fått konsekvenser, og om det eventuelt ville ha gjort terapien enda bedre.

Til tross for at Helsedirektoratets retningslinjer er tydelige på at musikkterapi anbefales ved psykoselidelser og rusproblematikk (Helsedirektoratet, 2013; 2017; 2016) er det fortsatt relativt få musikkterapistillinger innenfor psykisk helsevern på deler av Østlandet. Som denne studien indikerer, er det ansatte som mener at musikkterapi bør tilbys innenfor psykisk helsevern fordi det supplerer annen behandling og styrker en salutogen tilnærming i tilfriskningsprosesser.

Jeg håper at denne studien kan være et bidrag for å få frem et ansattperspektiv på musikkterapi i behandlingstilbudet på et DPS, og at det vil føre til at det etableres flere musikkterapistillinger også utenfor storbyområdene.

7 KONKLUSJON

Ved bruk av convergent mixed methods, «questionnaire» variant, har jeg utforsket hvordan et utvalg ansatte erfarer og vurderer musikkterapi på en døgnåpen post ved et distriktspsykiatrisk senter. Forskningsdata ble hentet inn ved bruk av et kvantitativt spørreskjema samtidig som det ble gjennomført et semistrukturert intervju. De kvantitative dataene ble sammenstilt ved hjelp av manuell opptelling og søylediagrammer. Intervjutranskripsjonene ble analysert ved bruk av en fenomenologisk–hermeneutisk prosedyre inspirert av «Interpretative phenomenological analysis». Det ble presentert elementer fra teori knyttet til salutogenese, musikk-syn, musikk–miljøterapi og åpne grupper, relasjon, intersubjektivitet, nå–øyeblikk og deltakelse. Studiens intensjon var å formidle de ansattes perspektiv, og det ble lagt vekt på å trekke inn visuelle resultater fra det kvantitative spørreskjemaet, i tillegg til mange sitater for å synliggjøre dette.

De kvantitative resultatene viser at ansatte som deltok i studien, i stor grad vurderte musikkterapi som et egnet supplement til annen behandling, og at det burde tilbys til andre lignende avdelinger. Det var mer varierte vurderinger rundt spørsmål om i hvilken grad musikkterapi gav et utbytte for pasientene og de ansatte, og i hvilken grad deltakelse i musikkterapi førte til styrket kommunikasjonsevne. Det var også varierte vurderinger rundt hvorvidt musikkterapien på avdelingen endret deltakernes stemningsleie.

De kvalitative resultatene gav fire hovedtemaer og ti tilhørende undertemaer. Det var: *supplement* (undertema: utvidet tilbud og valgfritt/passar ikke alle), *mestring* (undertema: opplevelser og motivasjon), *aktivitet* (undertema: gruppe/individuell, deltakelse og samtale), *musikk* (undertema: emosjoner/stemningsleie, tekst og nonverbal kommunikasjon). Dataene viser at ikke alle pasienter hadde nytte av musikkterapitilbudet, og at det var viktig at det var valgfritt. Noen ansatte mente at noen pasienter ville ha hatt større utbytte av et individuelt musikkterapitilbud istedenfor et gruppetilbud.

I diskusjonen ble teori og egne refleksjoner knyttet opp mot kvantitative og kvalitative funn. Studien konkluderer med at ansatte vurderte og erfarte musikkterapi som et viktig supplement til annen behandling, og at det burde tilbys på en døgnåpen akuttavdeling ved et distriktspsykiatrisk senter.

Med forankring i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer argumenteres for å tilrettelegge for musikkterapitilbud på DPS også utenfor storbyområdene. Studien bidrar til å trekke frem et ansattperspektiv på musikkterapi innenfor psykisk helsevern i Norge.

Litteratur

- Andersen, C.E., Koro-Ljungberg, M., Otterstad, A.M. & Osgood, J. (2017, 10. september). Posthumanisme utvider hva som er mulig. *Morgenbladet, Debatt*.
<https://www.morgenbladet.no/ideer/debatt/2017/10/09/posthumanisme-utvider-hva-som-er-mulig/>
- Ansdell, G., Davidson, J., Magee, W.L., Meeham, J. & Procter, J. (2010). From "This F***ing life" to "that's better"... in four minutes: an interdisciplinary study of music therapy's "present moments" and their potential for affect modulation. *Nordic Journal of Music Therapy*, s. 3–28. <https://doi.org/10.1080/08098130903407774>
- Antonovsky, A. (1987). *Untraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey–Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Gyldendal akademisk.
- Aarre, T.F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Universitetsforlaget.
- Aasgaard, T. (1998). Musikk–miljøterapi: Uvanlig? Uinteressant? Uutforsket! *Nordisk Tidsskrift for Musikterapi*, s. 168–171. <https://doi.org/10.1080/08098139809477937>
- Biggerstaff, D. & Thompson, A.R. (2008). *Research, Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Qualitative Methodology of Choice in Healthcare*.
<https://doi.org/10.1080/14780880802314304>
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Braidotti, R. (2013, 1. januar). Posthuman Humanities. *European Educational Research Journal*, s. 1–9. <http://dx.doi.org/10.2304/eeerj.2013.12.1.1>
- Braut, G.S. (2019, 21. januar). Pasient. I *Store norske leksikon*. <https://sml.snl.no/pasient>
- Briseid, E.M. (2018, 20. februar). Abduksjon (logikk). I *Store norske leksikon*.
https://snl.no/abduksjon_-_logikk
- Bruscia, K.E. (1987). *Improvisational Models of Music Therapy*. Charles C. Thomas Publisher.
- Bruscia, K.E. (2014). *Defining Music Therapy*. Barcelona Publishers.
- Choi, B.C. (1997, 1. desember). Professional and patient attitudes about the relevance of music therapy as a treatment modality in NAMT approved psychiatric hospitals. *Journal of Music Therapy*, s. 277–292. <https://doi.org/10.1093/jmt/34.4.277>
- Cresswell, J.W. & Cresswell, D.J. (2006). *Research Design*. SAGE Publications.

- Creswell, J.W. & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research*. SAGE Publications Inc.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow. The Psychology of Optimal Experience*. Harper & Row Publishers, Inc.
- Dahlum, S. (2021, 9. mars). Validitet. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/validitet>
- DeNora, T. (2000). *Music In Everyday Life*. Cambridge University Press.
- DeNora, T. (2013). *Music Asymums. Wellbeing Through Music in Everyday Life*. Ashgate.
- Dickens, G.L. & Picchioni, M.M. (2011, 1. februar). A systematic review of the terms used to refer to people who use mental health services: User perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, s. 115–122. <https://doi.org/10.1177/0020764010392066>
- Eatough, V. & Smith, J.A. (2017, 26. november). Interpretative Phenomenological Analysis. I *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*: <http://dx.doi.org/10.4135/9781526405555>
- Egeland, C. (2008). Posthumanitet, teknologi og biologi. I E. Mortensen, C. Egeland, R. Gressgård, C. Holst, K. Jegerstedt, S. Rosland & K. Sampson (Red.), *Kjønnteori* (s. 319-321). Gyldendal.
- Erfare (2022, 5. februar). I *Den norske akademis ordbok*. <https://naob.no/ordbok/erfare>
- Faiz, K.W. (2014, 11. februar). VAS–visuell analog skala. *Tidskriftet. Den norske legeforening.*, s. 323–323. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.1145>
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Fagbokforlaget.
- Gadamer, H.G. (2004). *Truth and method*. Continuum.
- GAMUT. (2022, 13. april). *Griegakademiets senter for musikkterapiforskning*. Fra www.gamut.w.uib.no:<https://gamut.w.uib.no/>
- Garred, R. (2008). Et dialogisk perspektiv på musikk som terapi. I G. Trondalen & E. Ruud *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi. Skriftserie fra Senter for musikk og helse.* (s. 99–109). Norges musikkhøgskole.
- Gibson, J. J. (1986). *"The Theory of Affordances" The Ecological Approach to Visual Perception*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Gold, C., Solli, H.P., Krüger, V. & Lie, S.A. (2009, 3. april). *Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta analysis*. *Clinical Psychology Review*, vol 29, s. 193–207. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.001>

- Gonzalez, M.T. (2020). *Psykiske lidelser. Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. Gyldendal.
- Granlien, L. & Granerud, A. (2011, 1. desember). Brukermedvirkning og bedringsprosesser satt i system – mål og verdier ved Sagatun Brukerstyrt Senter. I *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, s. 324–333. <http://hdl.handle.net/11250/134350>
- Grønmo, S. (2020, 7. oktober). Bias. I *Store norske leksikon*. https://snl.no/bias_i_forskning
- Grocke, D. & Wigram, T. (2007). *Receptive Methods in Music Therapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- Hagland, H. & Solvang, P. K. (2017). Kvalifisering til tverrprofesjonell praksis. I S. Mausethagen, & J.C. Smeby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse*. Universitetsforlaget.
- Halås, M.A. (2019). *Musikkterapeuter som profesjonsgruppe i Norge – En kartleggingsundersøkelse av musikkterapeuter som er medlem i Norsk forening for musikkterapi sin utdanning, arbeidsfelt og tilsettingsforhold*. Universitetet i Bergen.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. (Veileder IS-1957) <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler>
- Helsedirektoratet. (2017). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Hem, E. (2013, 23. april). Pasient, klient, bruker eller kunde? I *Tidsskrift for den norske legeforening*, s. 821–821. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0527>
- Hodne, I.H. (2007). *Musikkterapeutene som profesjonsgruppe i Norge. En kartleggingsundersøkelse av musikkterapeutenes utdanning, arbeidsfelt og tilsettingsforhold*. Masteroppgave. Norges musikkhøgskole.
- Horesh, T. (2006). *Dangerous Music: Working with the Destructive and Healing Powers of Popular Music in the Treatment of Substance Abusers*. I D. Aldridge & J. Fachner, *Music and Altered States Consciousness Transcendence, Therapy and Addictions*. Jessica Kingsley.

- Iversen, A. & Hauksdottir, N. (2020). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid. Kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester*. Gyldendal.
- Johannessen, J.O. & Joa, I. (2021). *Modern understanding of psychosis: from brain disease to stress disorder. And some other important aspects of psychosis....*
<https://doi.org/10.1080/17522439.2021.1985162>
- Johansson, K. (2016, 1. februar). Mellom hermeneutikk og fenomenologi - et essay i vitenskapsteori. I *Norsk forening for musikkterapi*.
<https://www.musikkterapi.no/2-2016/category/Fagfelleverdert+artikkel>
- Johns, U. (2008). Å bruke tiden – hva betyr egentlig det? Tid og relasjon – et intersubjektivt perspektiv. I G. R. Trondalen & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse 30 år med norsk musikkterapi* (s. 67-83). NMH-publikasjoner.
- Kielland, T., Solli, H.P. & Trondalen, G. (2020). *Etableringshåndbok for musikkterapi i rus- og psykisk helsetjeneste*. NMH-publikasjoner.
- Krüger, V. (2012). *Musikk, fortelling, fellesskap: en kvalitativ undersøkelse av ungdommers perspektiver på deltakelse i samfunnsmusikkterapeutisk praksis i barnevernsarbeid*. Universitetet i Bergen.
- Kristiansen, D.L. (2013). *Nye muligheter. En eksplorativ studie av deltakeres opplevelse i musikkterapigruppe innen rusbehandling*. Norges musikkhøgskole.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitative forskningsintervjuen*. Studentlitteratur.
- Langeland, E. (2014). Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering. I *NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. <https://napha.no/content/14907/salutogenese-og-psykiske-helseproblemer--kunnskapsoppsummering-fra-napha>
- Laueng, A. (2014). *I morgen var jeg alltid en løve*. Cappelen Damm.
- Lillevik, O.G. & Øien, L. (2019, 16. november). Hva er miljøterapi? I *Psykologisk*.
<https://psykologisk.no/2015/02/hva-er-miljoterapi/>
- Løkken, G. & Søbstad, F. (2013). *Observasjon og intervju i barnehagen*. Universitetsforlaget
- Malt, U. (2021, 5. mars). Distrikts psykiatrisk senter. I *Store medisinske leksikon*.
https://sml.snl.no/distriktspsykiatrisk_senter
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- McFerran, K. S. & Saarikallio, S. (2013, 19. november). Depending on music to feel better: Being conscious of responsibility when appropriating the power of music. I *The Arts in*

- Psychotherapy*, s. 1-38. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.11.007>
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Pax Forlag.
- Metalinsider. (2011, 26. oktober). Exclusive-dr-katrina-mcferran-responds-to-reaction-toward-her-study-on-music-and-mood. I *Metalinsider.net*
<https://metalinsider.net/guest-blog/exclusive-dr-katrina-mcferran-responds-to-reaction-towards-her-study-on-music-and-mood>
- Nissen-Lie, H.A. (2012, 1. mai). Hva kjennetegner gode og mindre gode psykoterapeuter? Betydningen av terapeutens selvforståelse for prosess og utfall av psykoterapi. I *Mellanrummet. Nordisk tidskrift för barn- och ungdomspsykoterapi.*, s. 70-81.
<https://www.mellanrummet.net/nr26-2012/Forskning-Terapeutegenskaper.pdf>
- NMH biblioteket. (2018). *Søking i databaser musikkterapi master. Litt om søketeknikker og aktuelle baser*. Norges musikkhøgskole.
- Nordoff, P. & Robbins, C. (1980). *Creative Music Therapy. Individualized Treatment for the Handicapped Child*. NORDOFF-ROBBINS MUSIC THERAPY CLINIC.
- NSD. (2022). Personverntjenester. I *norsk senter for forskningsdata*. Hentet 5.februar 2022
<https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/hva-er-personopplysninger>
- Næss, T. (1989). *Lyd og vekst*. Musikkpedagogisk forlag.
- Opplevelse. (2022, 14. februar). I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/opplevelse>
- Overå, M. (2013). *Hekta på musikk*. Norges musikkhøgskole.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (2013). I *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV 1999-07-02 nr. 63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Patterson, S., Duhig, M., Darbyshire, C., Counsel, R., Higgins, N. & Williams, I. (2015, 23. mai). *Implementing music therapy on an adolescent inpatient unit: a mixed-methods evaluation of acceptability, experience of participation and perceived impact*. I SAGE journals: <https://doi.org/10.1177/1039856215592320>
- Pavlicevic, M. (2003). *Groups in music. Strategies from Music Therapy*. Jessica Kingsley publishers.
- Piškur, B., Daniëls, R., Jongmans, M. J., Ketelaar, M., Smeets, R.J., Norton, M. & Beurskens, A. J. (2014, 1. mars). *Participation and social participation: are they distinct concepts? Clinical Rehabilitation*. SAGE, s. 211-220.
<https://doi.org/10.1177/0269215513499029>

- Røkenes, O.H. & Hanssen, P.H. (2013). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget.
- Reinertsen, S. (2017, 23. januar). Nettbaserte FIT-verktøy med lisens. I *NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. https://napha.no/_lisens_fit_verktoy
- Rogers, C.R. (1961). *On Becoming a Person. A Therapists View of Psychotherapy*. Houghton Mifflin Company.
- Rogndal, J. (2017, 17. juli). Lær deg å forstå emosjoner. I *psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2016/12/laer-deg-a-forsta-emosjoner/>
- Rolvsvjord, R. (2008). En resursorientert musikkterapi. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse 30-år med norsk musikkterapi* (s. 123–138). Norges musikkhøgskole.
- Rolvsvjord, R. (2020). Music therapy in a recovery-oriented ward: A qualitative study of users' and staff's experiences with music therapy in mental health care. I *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. <https://hdl.handle.net/1956/23603>
- Rolvsvjord, R. & Solli, H.P. (2014). "The Opposite of Treatment": A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. I *Nordic Journal of Music Therapy*, s. 1–26. <https://doi.org/10.1080/08098131.2014.890639>
- Ruud, E. (1979). *Musikkpedagogisk teori*. Norsk musikkforlag.
- Ruud, E. (1990). Musikk som kommunikasjonsterapi. I E. Ruud, *Musikk som kommunikasjon og samhandling* (s. 113–138). Solum Forlag.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi* (s. 5–28). NMH Publikasjoner.
- Ruud, E. (2011). Musikk, identitet og helse – hva er sammenhengen? I K. Stenseth, & B. L. Ole, *Musikk, helse, identitet. Skriftserie fra Senter for musikk og helse*. (s. 13–23). Norges musikkhøgskole.
- Ruud, E. (2013). *Musikk og identitet*. Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (2020). *Toward a Sociology of Music Therapy: Musicking as a Cultural Immunogen*. Barcelona Publishers LLC.
- Ruud, E. (2022, 5. mars). *Norsk musikkterapi – skisse av en profesjonshistorie og noen tanker om en norsk musikkterapeutisk identitet*. I *musikkterapi.no*. <https://www.musikkterapi.no/nyheter/2020/4/3/norsk-musikkterapi-skisse-av-en-profesjonshistorie-og-noen-tanker-om-en-norsk-musikkterapeutisk-identitet>

- Seligman, M.E. (2012). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. Simon and Schuster.
- Seligman, M.E. & Csikszentmihalyi, M. (2000, 9. august). *Positive psychology: An introduction*. Fra Springerlink. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-017-9088-8_18
- Seligman, M.E. & Csikszentmihalyi, M. (2014, 1. januar). *Flow and the foundations of positive psychology*. Fra Google scholar. https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=ycPRZqA AAAAJ&citation_for_view=ycPRZqAAAAAJ:7Hz3ACDFbsoC
- Silverman, M.J. (2018, 22. november). Staff and Administrators' Perceptions of Music Therapy with Acute Care Mental Health Inpatients: A Qualitative Investigation. I *Journal of Creativity in Mental Health*, s. 206–219. <https://doi.org/10.1080/15401383.2017.1360815>
- Silverman, M.J. & Bibb, J. (2018, 1. july). Acute Care Mental Health Workers. Assumptions and Expectations of Music Therapy: A Qualitative Investigation. I *The Arts in Psychotherapy*, s. 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.05.002>
- Skre, I.B. (2021, 8. november). Resiliens. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/resiliens>
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511581649>
- Slade, M. (2010, 26. oktober). *Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches*. Hentet fra BMC Health Services Research. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>
- Small, C. (1998). *Musicking*. Wesleyan University Press.
- Smith, J.A. & Osborne, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. I J. A. Smith, *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Methods* (s. 53-80). SAGE Publishing.
- Solli, H.P. (2008). Solli, Shut Up and Play. Improvisational Use of Popular Music for a Man With Schizophrenia. I *Nordic Journal of Music Therapy*, s. 67–77. <https://doi.org/10.1080/08098130809478197>
- Solli, H.P. (2009). Musikkterapi som integrert del av standard behandling i psykisk helsevern. I E. Ruud, *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge* (s. 15–36). Norges musikkhøgskole.

- Solli, H.P. (2014). *The Groove of Recovery. A qualitative study of how people diagnosed with psychosis experience music therapy.* I H. P. Solli, *Doktorgradsavhandling.* Universitetet i Bergen.
- Solli, H.P. (2015, 10. mars). Battling illness with wellness: a qualitative case study of a young rapper's experiences with music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, s. 204–231. <https://doi.org/10.1080/08098131.2014.907334>
- Solli, H.P. (2018, 16. november). Implementering av musikkterapi går for sakte. I *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/11/16/implementering-av-musikkterapi-gar-for-sakte/>
- Stensrud, B. (Red.) (2012–2022). *Dobbeltdiagnose.* I *Nasjonale kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse*. <https://rop.no>
- Stølen, T. (2020, 6. desember). Pragmatisme. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/pragmatisme>
- Stedje, K. (2020). *Mixed methods i musikkterapiforskning – søken etter både forklaring og forståelse.* Upublisert artikkel knyttet til phd-studier i musikkterapi ved Norges musikkhøgskole.
- Stensaeth, K. (2010). *Musikk, helse, multifunksjonshemming.* Norges musikkhøgskole.
- Stensaeth, K. & Jenssen, D. (2016). «Deltagelse» – en diskusjon av begrepet. I *transitt-mellom til og fra*. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 9 NMH-publikasjoner 2016:4, s. 15–35.
- Stern, D. (1985). *THE INTERPERSONAL WORLD OF THE INFANT: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology.* Basic Books.
- Stern, D. (2004). *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv.* Abstrakt forlag.
- Stige, B. (2006, 15. januar). On a Notion of Participation in Music Therapy. I *Nordic Journal of Music Therapy*, s. 121–138. <https://doi.org/10.1080/08098130609478159>
- Stige, B. (2008). Samfunnsmusikkterapi – mellom kvardag og klinikk. I G. Trondalen & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse 30 år med norsk musikkterapi. Skriftserie fra Senter for musikk og helse.* (s. 139–159). Norges musikkhøgskole.
- Stige, G.A. & Pavlicevic, M. (2010). *Where Music helps: Community Music therapy in Action and Reflection.* Ashgate.
- Svartdal, F. (2020, 3. april). Reliabilitet. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/reliabilitet>
- Svendsen, L.F. (2022, 5. mars). Symbol. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/symbol>

- Thornquist. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Fagbokforlaget.
- Thurén, T. (2018). *Vitenskapsteori for nybegynnere*. Gyldendal Akademisk.
- Toft, K. (2022, 5. januar). Hvordan sette opp Diagram i word. Fra *YouTube*.
<https://www.youtube.com/watch?v=BdR1qDdS4aQ>
- Trevarthen, C. (1999). Musicality and the intrinsic motive pulse: evidence from human psychobiology and infant communication. I *Musicae Scientæ*, s. 155–211.
<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.944.695&rep=rep1&type=pdf>
- Trondalen, G. (2002). En fenomenologiskinspirert arbeidsprosedyre for analyse av improvisasjoner i musikkterapeutisk praksis – Et narrativt perspektiv. I E. Nesheim, I. M. Hanken & B. Bjøntegaard, *Flerstemmige Innspill. En artikkelsamling*, s. 51–74. Norges musikkhøgskole.
- Trondalen, G. (2004). Musikkterapi. Før – og nå. *Musikkterapi 1*, s. 6–16.
<https://www.musikkterapi.no/nyheter/2018/6/21/musikkterapi-er-musikkterapi-er-musikkterapi-er>
- Trondalen, G. (2008). Musikkterapi – et relasjonelt perspektiv. I G. Trondalen, *Perspektiver på musikk og helse 30 år med norsk musikkterapi*, s. 29–48. Norges musikkhøgskole.
- Trondalen, G. (2016). *Relational Music Therapy: An Intersubjective Perspective*. Barcelona Publishers.
- Trondalen, G. (2019, 1. februar). Fornuft og følelser. En refleksjonsmodell for etiske dilemmaer. I *Musikkterapi (2)*, s. 28–33.
- Trondalen, G. & Bonde, L. O. (2012). Music Therapy: Models and Interventions. I R.A. MacDonald, G. Kreutz & L. Mitchell, *Music, health & Wellbeing*, s. 40–61. Oxford University Press.
- Tronick, E.Z. (1989, 1. januar). Emotions and Emotional Communications in Infants. *American Psychologist*, s. 112–119. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.44.2.112>
- Vandvik, I.H. (2021, 30. desember). Miljøterapi. I *Store norske leksikon*.
<https://sml.snl.no/miljøterapi>
- Varkøy, Ø. (2003). *Musikk – Strategi og lykke*. Cappelen Akademisk forlag.
- Vurdere (2022, 5. februar). I *Det norske akademis ordbok*. <https://naob.no/ordbok/vurdere>
- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Jessica Kingsley Publishers.

- Winje, Ø. (2014). Brukermedvirkning. I *Brukerutvalgets veileder for brukerrepresentanter i prosjekt, råd og utvalg*. Helse sør-øst. <https://helse-sorost.no/Documents/Brukermedvirkning/Veileder%20-%20brukerrepresentanter%20i%20prosjekt%20råd%20og%20utvalg-endelig.pdf>
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*. Routledge Classics.
- Yalom, I.D. (2002). *Terapiens gave*. Pax Forlag A/S.

Vedlegg

Vedlegg 1: Meldeskjema fra NSD

Meldeskjema / Musikkterapi i psykisk spesialisthelsetjeneste. En mikset metodestudie av ansattes ... / Vurdering

Vurdering

☰ 18.01.2021 ▾ 

Referansenummer

991249

Prosjekttittel

Musikkterapi i psykisk spesialisthelsetjeneste. En mikset metodestudie av ansattes erfaringer og vurderinger.

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektperiode

15.01.2021 - 01.08.2022

[Meldeskjema](#)

Dato	Type
18.01.2021	Standard

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 18.01.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.08.2022

LOVLIG GRUNNLAG

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

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

TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet har taushetsplikt som helsepersonell. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke fremkommer opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson NSD: Kajsa Amundsen
Tlf. Personvertjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Musikkterapi i psykisk spesialisthelsetjeneste.

En mikset metodestudie av ansattes erfaringer og vurderinger»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske hvordan ansatte på et distriktpspsykiatrisk senter (DPS) erfarer og vurderer pasienters utbytte av musikkterapi. I dette skrevet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektets formål er å utforske hvordan ansatte erfarer og vurderer pasienters utbytte av musikkterapi. I tillegg vil jeg undersøke om bruk av musikkterapi kan innvirke på det tverrfaglige samarbeidet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Førsteamanuensis Hans Petter Solli, Norges musikkhøgskole, er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Ansatte som rekrutteres til studien blir valgt ut på grunnlag av at de jobber på DPS i Larvik.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i studien, innebærer det at du fyller ut et spørreskjema. Det vil ta deg ca. 5 minutter. Etter utfyllingen av spørreskjemaet vil jeg be deg om å utdype dine svar i et intervju som tar maksimalt 30 minutter. Jeg tar lydopptak fra intervjuet. Intervjuene vil bli gjennomført på en slik måte at det ikke fremkommer opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrevet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Hva skjer med opplysningene dine når jeg avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 1.8.2022. Personopplysninger og lydopptak slettes ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir meg rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Student: Ulrika Magdalena Lind, tlf. 92241760, eller epost ulrika.m.lind@student.nmh.no
- Prosjektansvarlig: Norges musikkhøgskole ved førsteamanuensis Hans Petter Solli, tlf. 92299235, eller epost hans.p.solli@nmh.no
- Vårt personvernombud: Rolf Haavik, tlf. 90733760, eller epost pvo@nmh.no, Norges musikkhøgskole

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

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

Med vennlig hilsen

Hans Petter Solli

(Forsker/veileder)

Ulrika Magdalena Lind

(master musikkterapi student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Musikkterapi i psykisk spesialisthelsetjeneste. En mikset metodestudie av ansattes erfaringer og vurderinger*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i spørreskjema
- å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Kvantitativt spørreskjema

VAS-skjema

Musikkterapi på DPS

Erfaringer med musikkterapi

Har du deltatt i musikkterapi sammen med pasientene?

Ja Nei

Har du observert musikkterapi på avdelingen?

Ja Nei

Har du snakket med pasienter om hva de opplever i musikkterapi?

Ja Nei

Vurderinger av musikkterapi

Sett et merke på linjen slik det best passer din egen opplevelse. Et merke mot venstre betyr i mindre grad og et merke mot høyre betyr i større grad.

I hvilken grad vurderer du at pasientene har utbytte av musikkterapi?

0 _____ 10

I hvilken grad har du hatt utbytte av at pasientene får musikkterapi?

0 _____ 10

I hvilken grad vurderer du at avdelingen har hatt utbytte av at pasientene får musikkterapi?

0 _____ 10

Intervjuguide

Musikkterapi på DPS

Vurderinger av musikkterapi

- I hvilken grad vurderer du at pasientene har utbytte av musikkterapi?

- I hvilken grad har du hatt utbytte av at pasientene får musikkterapi?

- I hvilken grad vurderer du at avdelingen har hatt utbytte av at pasientene får musikkterapi?

- I hvilken grad opplever du at musikkterapi styrker pasientens kommunikasjonssevne?

- I hvilken grad opplever du at musikkterapi har positiv innvirkning på pasientens stemningsleie?

- I hvilken grad opplever du at musikkterapi har negativ innvirkning på pasientens stemningsleie?

- I hvor stor grad vil du anbefale andre avdelinger til å ha musikkterapi som et supplement til andre behandlingstilbud?

Vedlegg 5: Utdrag fra kvalitativ analyse av transkripsjoner

<p>Musikk er et lavterskelstilbud</p> <p>Samarbeide</p>	<p>gjorde jeg det. Så det var egentlig bare sånn jeg fant ut av det. Det var en gitar der og ...</p> <p>U: Ja, dette er kjempeinteressant. Vi skal ikke gjøre dette her så veldig langt, men er det noe du har lyst å legge til, eller noe du har tenkt på?</p> <p>7: Jeg tror forsåvidt at vi har sgt det meste, men jeg tror at for å utdype det videre det med mestring så er det; mestring er noe nesten alle psykiatriske pasienter mangler nok av. Og jeg tenker at uansett .. musikk er et lavterskeltilbud som kan skape mestring. Der hvor ikke alle som kan gå ut og trene, lage mat eller gjøre disse tingene, men jeg tror at det at det finnes et tilbud der man kan samarbeide, for det første. Og dette her er jo mange pasienter som deltar sammen har heller ellers ikke noen erfaring XXX basert på sin egen opplevelse av mestring, det synes jeg er helt fantastisk initiativ for å skape en form for glede i hverdagen, som ellers kan være en trist hverdag for dem.</p> <p>Informant 8 = Chris Transkribert 02.10.21 kl. 09:30 Informanten er overlege</p> <p>U: Jeg har laget et kvantitativt spørsmålsskjema, men så kan vi snakke litt igjennom samtidig som du fyller ut.</p> <p>8: mmm</p>
---	---