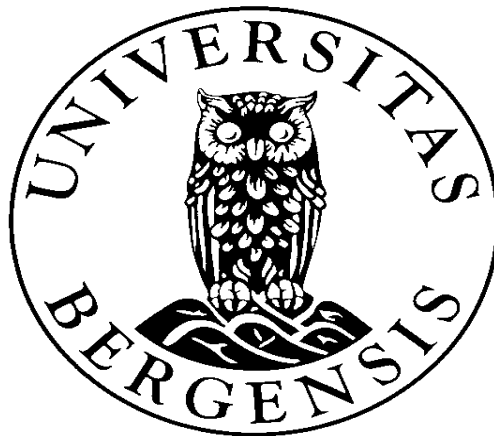


Musikkterapi og Meistring

– *ein multiple case studie om korleis brukarar i rusbehandling
opplev meistring*



Kristin Mjånes Myklebust

Masteroppgåve i musikkterapi

Hausten 2017

Femårig integrert master i musikkterapi

Griegakademiet

Universitetet i Bergen

Forord:

Då var det plutselig tid for å avslutte tida mi som musikerapistudent. Det har vore mange innhaldsrike år fylt med mange interessante menneske og mang ein livleg diskusjon. Takk til mine medstudentar og lærarar for å ha gjort denne studietida til ei kjekk og lærerik oppleving. Det er veldig godt og samtidig litt vemodig å skulle vere ferdig. Eg vender blikket framover og er spent på kva framtida vil bringe.

Først og fremst takk til dykk som deltok i studien. Eg føler meg privilegert for å ha fått møte dykk og høyre dykkar tankar og innsikt om meistringsomgrepet.

Takk til dei tilsette på klinikken, som tok godt imot meg og hjelpte meg å gjennomføre studien.

Takk til Claire og Randi for gode råd og rettleiing på oppgåva mi. Eg har nok ikkje vore den lettaste studenten å rettleie då det vart litt av ein innspurt no mot slutten. Takk for at de hadde trua på at eg skulle kome i mål.

Ein spesiell takk til mine studieveninner June og Camilla for både oppgåvehjelp og moralsk støtte. Det hadde ikkje gått utan dykk.

Takk til Lene som har gitt meg god hjelp med hestane mine slik at eg fekk betre tid til å skrive på oppgåva.

Takk til Torunn og Brede for hjelp med korrektur og for moralsk støtte.

Ninja min «study buddy» og kosedyr har vore veldig god å ha som selskap på arbeidsbenken.

Takk til min kjære sambuar, Alex. Du har vore særstolmodig med meg og mine «stress utblåsingar» og humørsvingingar.

Og til slutt takk til mamma og pappa for at eg alltid har fått gå den vegen eg ville og støtta meg i prosessen med å finne ut kva eg ville bli når eg vart stor.

Bergen, November 2017

Kristin Mjånes Myklebust

Abstract:

Music Therapy, Mastery and Coping – A qualitative multiple case study about how users in addiction treatment experience mastery and coping

This study aims to capture the importance of mastery and coping in addiction treatment and combine it with the user perspective and music therapy. The study explores music therapy in addiction treatment at a detoxification unit for women. The data material consists of interviews with three women in a detoxification unit and a research log from the music therapy group sessions that helps my understanding of the data. The music therapy group was created by myself and a fellow student. The focus is on how the participants think of and experience mastery and coping in the music therapy group, in addition to how they experience participating in this group. Theoretical perspectives include mastery, coping, self-efficacy and empowerment are key elements that informs my discussion section. Findings in the study include the perception of mastery, how the participants experienced the music therapy group and mastery in the sessions. I will discuss participation in music therapy as a basis for mastery, music therapy as a prerequisite for change, the user perspective as a basis for empowerment and music therapy as a coping strategy. The thesis also addresses further implications for practice and research.

Innholdsliste:

| | |
|--|----|
| 1. Innleiing: | 6 |
| 1.1 Formålet med studien..... | 7 |
| 1.2 Min bakgrunn..... | 7 |
| 1.3 Musikkterapi i rusbehandling i Noreg | 8 |
| 1.4 Musikkterapi og rus i ein internasjonal kontekst | 11 |
| 1.5 Problemstilling..... | 13 |
| 2. Metode | 14 |
| 2.1 Kunnskapssyn: | 14 |
| 2.2 Bakgrunn for val av metode..... | 14 |
| 2.3 Prosjektet..... | 15 |
| 2.3.1 Kontekst: | 16 |
| 2.3.2 Musikkterapitilbodet: | 17 |
| 2.3.3 Rekruttering og utval:..... | 17 |
| 2.3.4 Intervjuet: | 18 |
| 2.4 Etske aspekt: | 19 |
| 2.4.1 NSD og informert samtykke | 20 |
| 2.4.2 Konfidensialitet | 20 |
| 2.4.3 Refleksjonar rundt det å ha ulike roller | 20 |
| 2.5 Analyse av datamaterialet | 21 |
| 3. Teoretisk grunnlag: | 23 |
| 3.1 Rusbehandling..... | 23 |
| 3.1.1 Rusmiddelavhengigheit..... | 23 |
| 3.1.2 Tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk..... | 25 |
| 3.2 Meistring: | 26 |
| 3.2.1 Tru på eiga meistring:..... | 27 |
| 3.2.2 Musikkterapi og self-efficacy:..... | 29 |
| 3.3 Empowerment: | 30 |
| 3.4 Brukarmedverknad:..... | 32 |
| 3.5 Musikkterapi: | 33 |

| | |
|--|----|
| 4. Mine funn | 34 |
| 4.1 Inga: | 34 |
| 4.2 Marita: | 37 |
| 4.3 Monica: | 40 |
| Oppsummering av tema på tvers av deltakarane: | 44 |
| 5. Drøfting og refleksjon | 47 |
| 5.1 Deltaking som grunnlag for meistring | 48 |
| 5.2 Meistring som føresetnad for endring | 50 |
| 5.3 Frå brukarperspektiv til empowerment | 51 |
| 5.4 Musikkterapi som meistringsstrategi | 52 |
| 5.5 Implikasjonar for praksis og vidare forskning | 54 |
| 5.6 Avgrensingar i studien | 55 |
| 6. Avslutning | 57 |
| Litteraturliste: | 58 |
| Vedlegg 1: Intervjuguide | 66 |
| Vedlegg 2: Forespørsel om deltaking/samtykkeskjema | 67 |
| Vedlegg 3: NSD-Kvittering | 69 |

1. Innleiing:

Rus er eit vaksande problem i samfunnet som skapar store utfordringar både for samfunnet generelt, helsetenester og hos den enkelte (Biong og Ytrehus, 2012). Helsedirektoratet gav i 2014 ut ein rettleiar i «lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne» (Helsedirektoratet, 2014). I denne rettleiaren vidarefører dei lovverk og nasjonale føringar for området til å skildre krav og forventningar til lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid. Her legg dei særleg vekt på:

- Tjenestene organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv
- Tjenestene og tjenestenivåene samarbeider for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester
- Psykisk helse og rus ses i sammenheng (Helsedirektoratet, 2014, s.3).

Dette fokuset på brukar- og meistringsperspektiv og fokus på samarbeid talar for tverrfagleg arbeid. Ser ein dette i samanheng med retningslinjene for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblem og avhengigheit (helsedirektoratet, 2017a), som anbefalar musikkterapi for dei brukarane som ønsker dette, samt retningslinja for psykoselidingar (Helsedirektoratet, 2013), der musikkterapi blir anbefalt med høgaste evidensgrad 1a, kan dette styrke implementeringa av musikkterapi i norsk rusbehandling.

Vi ser her at eit fokus på meistring og brukarperspektiv er viktig i ruskonteksten og eg meiner at musikkterapi er ein fin arena for å jobbe med nettopp dette. Meistringsomgrepet er kompleks og vanskeleg å definere eintydig. Grunnen til dette er at ein gjerne vektlegg ulike aspekt ved omgrepet ut ifrå kva fagområde og teoretiske tradisjonar ein støttar seg til. Meistring er eit omgrep som er viktig både i rusbehandling og i musikkterapi. Generelt kan meistring definerast som korleis ein person handtera ulike oppgåver og utfordringar i livet (Svartdal, 2017). Dette inkluderer konkrete oppgåver der ein treng kompetanse eller ulike ferdigheiter for å meistre denne oppgåva. Eit døme på dette kan vere å klare å spele eit instrument eller lære seg ein song. Det å meistre utfordringar i livet, som til dømes eit rusproblem, alvorleg sjukdom eller det å miste jobben krev andre tilnærmingar og kanskje ikkje like konkrete ferdigheiter for å meistre desse (Svartdal, 2017).

Eg vel å sjå meistring som eit paraplyomgrep som omfattar mange ulike aspekt. Olson og Vågan (2013), ved Nasjonal kompetansesenter for læring og meistring innen helse «forstår meistring som et uttrykk for hvilke ressurser som finnes hos den enkelte, og relasjonen og samspillet mellom vedkommende og situasjonen han eller hun er i» (s.1). Her ser vi det komplekse ved omgrepet som

inkluderer både individuelle evner og ressursar, men også kontekst i forhold til det sosiale og livssituasjon. Eg meiner dette er viktig i musikkterapi og i rusbehandling fordi dette er ei gruppe menneske som er i ein sårbar situasjon. For mange medfører denne situasjonen mange fordommar og marginalisering noko som påverkar korleis ein ser seg sjølv, men også korleis ein samhandlar med andre. Derfor blir det viktig med eit fokus på meistring for å framheve brukarane sine ressursar og tru på eiga meistring, både som eit ledd i deira betringsprosess og ein ressurs i deira kvardag.

1.1 Formålet med studien

Denne masteroppgåva vil omhandle musikkterapi og meistring i ein ruskontekst. Målet med dette prosjektet er å utforske brukarane sine tankar rundt korleis musikkterapi kan bidra til meistringsopplevingar og korleis dette kan ha overføringsverdi til andre aspekt i deira liv og deira betringsprosess. Eg vonar dette prosjektet kan bidra til å peike på eit behov for at brukarar i rusbehandling kan bli tilbudd musikkterapi, samt vidare forskning på musikkterapi og meistring i ein ruskontekst. Eg har valt å bruke semi-strukturerte intervju med brukarar på ein avrusing/stabiliserings-klinikk, som har delteke i musikkterapi grupper. Dette var for å utforske musikkterapi sitt potensiale som behandlingsform innanfor denne konteksten. Eg ville gå rett til kjelda nemleg brukarane, dei veit best kva dei sjølv treng i behandling og kan derfor best svare på korleis dei opplever musikkterapi.

1.2 Min bakgrunn

Dette masterprosjektet er innanfor ein kvalitativ tradisjon som byggjer på eit overordna mål om å forstå og å finne mening. Dei fleste kvalitative forskarar hevdar at det er forskaren sjølv som er det viktigaste instrumentet, fordi mening er tolka ut frå menneskelege termar og innanfor ein kontekst og erfaringar ein har som menneske (Wheeler, 2005). Dette betyr at eg som forskar blir viktig å synleggjere. Dette er ikkje berre fordi meininga vert konstruert mellom forskar, deltakarar og kontekst. Det er også med tanke på kven eg er og kvar eg kjem ifrå, då dette har innverknad på korleis eg tolkar, forstår og konstruera mening. Eg har budd i Bergen i mange år og her er rus svært synleg i det daglege bybiletet. Dette kan vere seg alt ifrå ein sliten sjel som spør deg etter litt småpengar utanfor butikken til at du går forbi ein person med oppbretta genser klar til å sette eit «skudd» då du er på veg til bussen. Eg har fått møte desse menneska i ein annan setting i min musikkterapipraksis. Dei eg har fått møte er dei som søker hjelp til å finne vegen ut av rusen og som har teke eit val om endring. Mange av desse er ressurssterke menneske, der det på eit eller anna

tidspunkt har gått gale. Desse treng hjelp på vegen til å sjå si eiga styrke og kanskje også jobbe med problem og svakheiter på områder der dei kjem til kort. Etter denne erfaringa ser eg viktigheita ved å først og fremst møte mennesket, ikkje rusmisbrukaren. Det er viktig å danne seg eit meir nyansert bilete av desse menneska, dei er så mykje meir enn det problemet dei slit med.

Eg er utdanna i Noreg, noko som inneber eit fokus på humanistisk-, ressurs- og samfunnsorienterte perspektiv i musikkterapi (Ruud, 2008; Rolvsjord, 2008, 2010; Stige, 2008). Ein av aspekta desse orienteringane har til felles er at dei ser på mennesket som kontekstuellt og relasjonelt. Dette er eit fleirdimensjonelt menneskesyn som inneber at mennesket står i sentrum, som organisme, person og samfunnsvesen (Ruud, 2008). Det inneber også eit fokus på autonomi og sjølvbestemming, samt fokus på meistring og ressursar (Ruud, 2008). Som ein ser her, blir eit fokus på brukar- og meistringsperspektiv også sentrale i ein musikkterapeutisk samanheng. Desse orienteringane legg også stor vekt på at alle menneske er like mykje verdt og at vi er likeverdige. Dette betyr ikkje at det ikkje er forskjellar mellom oss, men at det eksisterar likeverd og gjensidig relasjon mellom terapeut og klient (Rolvsjord, 2008).

Mitt kunnskapssyn baserer seg på eit konstruktivistisk perspektiv, der meininga blir konstruert mellom forskar og deltakarar. Dette betyr at eg ikkje tenker at det finns nokon absolutt sanning, men at konteksten påverkar utfall og i sånn måte blir det viktig med refleksivitet rundt konteksten. Dette vil bli nærmare diskutert i metodekapitlet. Eg vil først skissere kvar musikkterapifeltet er kome i ein norsk kontekst, for så å vise til nokre internasjonale studiar, som gir oss eit anna bilete.

1.3 Musikkterapi i rusbehandling i Noreg

I Noreg er musikkterapi i startfasen med å etablere seg innanfor rusfeltet. Det er pr i dag 10 fulltidsstillingar og 4 deltidstillingar for musikkterapeutar i rusfeltet i Noreg (B. Stige, Personleg kommunikasjon, 17.11-17). Dei siste åra har musikkterapi blitt nemnt i fleire nasjonale retningslinjer. Musikkterapi er blant anna nemnt i retningslinja for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblem og avhengigheit. Denne anbefalinga er eit steg i riktig retning, men styrken av anbefalinga visar til eit behov for meir forskning og praksis på dette feltet. Retningslinja foreslår at det blir lagt til rette for musikkterapi for dei pasientane som ynskjer dette. Den påpeikar at musikkterapi vil vere relevant innanfor tverrfagleg spesialisert rusbehandling, kriminalomsorg og kommunale tenester (Helsedirektoratet, 2017a). Grunnlaget for denne anbefalinga er at:

Musikkterapi gir muligheter for utvikling og endring gjennom et musikalsk og mellommenneskelig samarbeid mellom terapeut og pasient. Musikk kan skape gode muligheter for kommunikasjon og personlig uttrykk, og for å arbeide med sosial angst, motivasjon, selvforståelse, rusfrihet og annen personlig vekst. Mestringsopplevelser er sentrale i musikkterapien, og kvalitativ forskning viser at med god tilrettelegging og oppfølging kan mange brukere ta musikken med seg ut av terapirommet og inn som en mestringsressurs i hverdagslivet (Helsedirektoratet, 2017a, s.33).

Vi ser her at mestringsopplevelser og musikk som mestringsressurs blir viktige stikkord i eit musikkterapi tilbud for denne målgruppa. Retningslinja for utredning, behandling og oppfølging av personar med psykoselidingar er derimot svært sterk med høgaste evidensnivå - evidensnivå 1a (Helsedirektoratet, 2013). Den seier at: «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» (s.70). Sidan det er særleg vanleg med samtidig rus og psykisk lidning kan denne retningslinja peike i retning av at musikkterapi er viktig også i rusbehandling.

I opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020 er det eit mål at brukaren og pårørende sine behov skal stå i sentrum. Planen peikar på ulike avgjerande moment som er uavhengig av kva den enkelte har som mål, om ein skal redusere eller hindre vidare utvikling av rusproblem, motivere til å komme seg ut av problem, leve med rusproblem/rusavhengigheit på ein betre måte eller å hindre tilbakefall (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Det handler om å sette den enkelte i stand til å mestre eller oppnå best mulig kontroll over viktige forhold i sitt liv. Grunnleggende betingelser som et trygt bosted, et sosialt nettverk og arbeid eller meningsfylte aktiviteter er avgjørende for alle mennesker. Uten at disse elementene er på plass, har den enkelte dårlige forutsetninger for et godt liv og for å kunne nyttiggjøre seg av helse-, omsorgs- og velferdstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015 s.6).

Vi ser også her at mestringsbegrepet blir drege fram som viktig. Å engasjere seg i musikk kan for mange opplevast som ein slik meningsfull aktivitet, som opptrappingsplanen nemner. Even Ruud (2008) påpeikar at musikkterapi kan vere ein meningsfull aktivitet og til retteleggje for mestringsopplevelser og oppleving av «god helse». Livskvalitet er også tett knytt til god helse og kan forståast som noko som omhandlar eit godt kjensleliv, gode mestringsferdigheiter i livet, gode

sosiale kontaktar og relasjonar til andre, samt opplevingar av meining og samanheng i livet (Ruud, 2008, s.22). Meistring handlar her om noko meir enn å klare ei oppgåve, men å meistre livet og dei utfordringane dette medfører. Ruud (2008) viser til at musikkterapi kan vere ein mogleg arena for meistringsopplevingar. Noko denne studien også vil undersøke.

Det har dei siste åra blitt skrive fleire masteroppgåver om musikkterapi i rusfeltet (Aurlien, 2015. Bye, 2015. Hovestøl, 2007. Johnsen, 2016. Kristiansen, 2013, Overå, 2012, Rødland, 2013). I tillegg til desse har to behandlingstilbod som tilbyr musikkterapi skrive evalueringsrapportar av sine musikkterapiprosjekt (Dale, 2014; Kielland, 2015). Desse har undersøkt brukarane sine opplevingar av tilbodet. Tilbakemeldingane frå brukarane har vore svært positive. Det var fleire som fortalde at musikkterapi hadde vore ein viktig faktor i si rusmeistring. For enkelte var det til hjelp i forhold til sosial angst og nokre sa det vart til hjelp for å regulere kjensler, men også at musikkterapien bidrog til å få betre kontakt med og moglegheit til å bearbeide egne kjensler (Dale, 2014). Fleire fortel også at musikkterapi er ein arena der dei har fått meistringskjensle, noko som har vore til stor hjelp i kvardagen generelt (Kielland, 2015). Personale gav tilbakemeldingar om at musikktilboda verka som å gje brukarane motivasjon, kjensle av meistring og tryggleik på eigen identitet (Kielland, 2015). Dette tydar på at musikkterapi er noko som både brukarar og personalet ønsker.

Monika Overå (2012) sitt prosjekt, som vart til boka «hekta på musikk» i 2013, fokuserar også på brukarperspektivet. Prosjektet vart gjennomført på ein avrusingseining ved Akershus og tek utgangspunkt i brukarane sine erfaringar med musikkterapi og kva teknikkar som vert brukt i prosjektet. Deltakarane fortalde blant anna at dei oppfatta musikken i seg sjølv som terapi, at musikken heng saman med minner, både positive og negative og at der var samanheng mellom musikk og deira identitet (Overå, 2013). Overå (2013) viser til at eit fokus på deltakarane sine ressursar kan vere med på å synleggjere dei for deltakaren sjølv og for dei andre i gruppa. Dette kan på denne måten bidra til meistringsopplevingar og motivasjon. Deltakarane fortalte også at musikken fekk tankane over på andre ting og at det kunne vere avslappande å vere i gruppa. Fellesskap var også viktig i denne gruppa, då deltakarane gav kvarandre støttande kommentarar og oppmuntring, samt fann glede i å vere med i eit fellesskap (Overå, 2013).

Kristelle Mendoza Johnsen (2016) viser i sin studie eit behov for meir forskning på kvinner i rusbehandling. Studien viser til forskning både i ein norsk og ein internasjonal kontekst. Johnsen (2016) fann gjennom ein systematisk litteraturgjennomgang og tematisk syntese ulike aspekt som kan karakterisere musikkterapi med kvinner i rusbehandling. Dette var blant anna aspekt som

klienten sin kompleksitet, som til dømes komorbiditet eller tidlegare negative opplevingar; føresetningar i den terapeutiske konteksten, som det å kjenne seg trygg og musikkterapi som ikkje påtrengande; behov for kunnskap hos musikkterapeuten, som til dømes tema som er relatert til kjønnsspesifikk behandling (til dømes misbruk). Studien viste også at terapeuten bør vere reflektert rundt si eiga rolle og prosessar i musikkterapi, som frigjering av emosjonar og interpersonlege relasjonar med likesinna (Johnsen, 2016).

Desse studiane viser alle til eit behov for meir forskning på feltet. Som vi ser i den norske litteraturen, er brukarperspektiv og brukarmedverknad er eit omgrep som står sentralt i musikkterapi og rusbehandling i ein norsk kontekst. Dette samsvarar godt med ei humanistisk tilnærming til musikkterapi der ein fokusera på klienten sine styrker og ressursar.

1.4 Musikkterapi og rus i ein internasjonal kontekst

Det er relativt lite litteratur om musikkterapi i rusbehandling i ein norsk kontekst. Den litteraturen som finns er for det meste kvalitative studiar som fokuserar på brukarperspektiv, humanistisk tradisjon og ressursorientering. I ein internasjonal kontekst finn vi mykje meir litteratur, med større fokus på kvantitative studiar og effektforskning. Til tross for dette, ser vi i ein systematisk review frå 2008 (Mays, Clark & Gordon, 2008) at der er eit behov for meir effektforskning på musikkterapi i ein rus-kontekst. I denne studien vart det inkludert 19 artiklar som omhandla både musikkterapi og rus. Dei hevdar at grunnen til at det er lite litteratur som omhandlar musikkterapi og rus er at det ikkje er etablert ein evidensbasert konsensus om kva type musikkterapi som best kan forbetre utfall av terapi. Dei skildrar at tanken rundt det å bruke musikkterapi i rusfeltet er at musikkterapi kan skape positive respons hos deltakarane ved å auke sjølvtilitt og motivasjon, styrke sosialisering og kommunikasjon og forbetre uttrykk for emosjonar. Det kan også forbetre overføring av informasjon relatert til avslapping, auke fysisk og emosjonell heling og forbetre evna til å identifisere læringsstrategiar brukt for meistring og sjølv-utfolding (Mays et al. 2008, s. 52). Ein god del av litteraturen som blir brukt for å underbygge dette kjem frå psykisk helsevern. Rasjonale for dette er at det er mange med psykiske lidingar som også har rusproblem og omvendt.

Sjølv om denne oversikta peikar på at der ikkje er eit konsensus angående effekten av musikkterapi i rusfeltet, viser fleire individuelle studiar til positive effektar. Blant anna ein studie av Ross, Cidambi, Dermatis, Weinstein, Ziedonis, Roth & Galanter (2008) viser til signifikante funn når det kjem til behandlingsmotivasjon hos dobbeldiagnose pasientar. Det som også er viktig å merke seg ved denne studien er at motivasjonen var uavhengig av utanforliggende faktorar som

symptombelastning før musikkterapi, utdanningsnivå, om ein har jobb og bustad, kriminell bakgrunn eller ikkje, eller om ein hadde nytta seg av andre behandlingstilbod. Ross et al. (2008) peikar med dette på at musikkterapi er ei behandlingsform som kan fange svært mange si interesse på tvers av ulike utgangspunkt og interesser. Gardstrom, Bartkowski, Willenbrink & Diestekamp (2013) er endå ein studie om dobbel diagnose pasientar og viser i sin studie at musikkterapi har effekt på reduksjon av ulike psykologiske symptom som angst, depresjon og sinne. Dei ser på moglege årsaker til dette og ser på gruppeprosessar som kan bidra til emosjonell «healing» som ein mogleg forklaring, korleis ein oppfattar musikk i hjernen og «experiental avoidance». «Experiental avoidance» går ut på at personar involvert i skadeleg åtferd (som til dømes rusmisbruk) gjer dette for å unngå eller undertrykke uynskte opplevingar eller kjensler. Dei argumentera for at det er mogleg å velje eit sunnare alternativ og foreslår musikk i denne samanheng. Dette blir ein form for meistringsstrategi.

Det ser ut til at lengde på behandling kan predikere utfall når det kjem til rusbehandling. Albour, Hambley og Ho (2011) fann i sin studie at lengre behandlingsopphald i rusbehandling førte til større sannsyn for deltaking i ettervernstiltak. Studien viste samanheng mellom deltaking i ettervernstiltak og mindre bruk av rusmidlar ved oppfølging eit halvt år seinare (Albour et al. 2011). Det tydar også på at det same gjeld i musikkterapi innanfor psykisk helsevern (Gold, Solli, Krüger og Lie, 2009). Gold et al. (2009) fann at effekten av musikkterapi auka med antall timar. Studiar viser at innanfor ein avrusingskontekst kan ein også ha effektar etter berre ein time.

Jones (2005) viser til signifikant endring i emosjonell tilstand og deltakarane oppfatta det som viktig i behandling. Silverman (2012) sine resultat indikerer at ein time aukar generell motivasjon og behandlingsmotivasjon i avrusingskonteksten. Desse studiane fortel at ein ikkje nødvendigvis treng ha lang tid for å ha ein effekt, men er basert på enkelt timar og det blir derfor vanskeleg å seie noko om langtidsaspektet. Avrusingskonteksten er forholdsvis kort tid, men med musikkterapi ein eller fleire gongar i veka er det mogleg å møte klientane fleire gongar. Forsking støtter dette og viser at det er mest hensiktsmessig for å få mest mogleg effekt av behandling og musikkterapi (Albour et al. 2011; Gold et al, 2009). Vi har her sett på eit lite utval av forskning på musikkterapi. Den norske litteraturen ligger nært opp til haldningar og verdiar i rusbehandling i ein norsk kontekst. Litteraturen viser at eit fokus på meistring- og brukarperspektiv er viktig. Den internasjonale litteraturen viser til funn som kan vere med på å underbygge implementering av musikkterapi i rusfeltet. Dette vart slik delar av grunnlaget for mi problemstilling.

1.5 Problemstilling

I mitt prosjekt ville eg undersøke om musikkterapi kunne vere ein arena der ein kan oppleve meistring. Eg ville også gjerne høyre kva nytteverdi brukarane kunne ha av desse opplevingane. Derfor var mi første problemstilling: «Kva erfaringar har brukarar under avrusing av meistring i musikkterapien? Og i kva grad opplev dei denne erfaringa som nyttig?». Då eg var ferdig med intervjuet og starta å jobbe med transkribering, koding og presentasjon av det eg fann, så fann eg ut at problemstillinga mi var relevant, men den fekk ikkje med seg enkelte av dei viktigaste punkta. Eg fann ut at kva erfaringa brukarane hadde av meistring hang tett saman med korleis dei opplevde musikkterapitilbodet og korleis dei tenker om meistringsomgrepet. For å få med dette endra eg problemstillinga mi til:

Korleis opplev brukarar under avrusing eit musikkterapitilbod? Korleis forstår dei meistring og kva erfaringar av meistring har dei i musikkterapien?

2. Metode

I dette kapitlet vil eg gjere greie for ulike val eg har teke gjennom forskingsprosessen. Eg vil gjere greie for val av forskingsdesign og metode, gjennomføringa av prosjektet, innsamling av data, behandling av datamateriell og etiske refleksjonar.

2.1 Kunnskapssyn:

Korleis ein tilnærma seg forskning med tanke på metode og design kjem an på det overordna kunnskapssynet til forskaren. Eg har allereie innleiingsvis fortalt om min bakgrunn noko som også er med på å forme mitt kunnskapssyn. Ontologi er læra om kva som eksisterar eller kva som er verkeleg. Epistemologi er læra om kva som er mogleg å vite og korleis det er mogleg å vite det (Wheeler & Bruscia, 2016). Desse to heng sterkt saman og ein må vite realiteten sin natur og sanning før ein kan avgjere korleis desse kan bli kjend (Wheeler & Bruscia, 2016).

Eg plasserar meg innanfor ein kvalitativ tradisjon noko som medfører eit syn på realitet og sanning som menneskelege konstruksjonar heller enn objektive sanningar. Det er heller ikkje berre ein realitet eller sanning, men mange ulike realitetar og sanningar. På denne måten konstruerar mennesket realitet og sanning når ein tolkar erfaringar i og av verda. All kunnskap har grunnlag i unike erfaringar (Wheeler & Bruscia, 2016). Det er vidare ulike standpunkt for kvar realitet og sanning kjem frå. Eg stillar meg innanfor eit konstruktivistisk perspektiv. Dette er eit perspektiv som ser på meiningsfull menneskeleg realitet som konstruert av individ gjennom deira interaksjonar med og tolkingar av verda og kvarandre (Hiller, 2016). Målet er å forstå eit fenomen gjennom ein fortolkande prosess, der ein gjer mening eksplisitt heller enn å lage forklaringar om effekt. Innanfor dette perspektivet ser ein på mening og prosessane rundt det å konstruere mening som ein tilskriv sine erfaringar som blir viktige (Hiller, 2016). I mitt prosjekt blir denne meininga konstruert mellom deltakarane og meg som forskar. Deltakarane sine erfaringar og korleis dei skildrar og ilegg mening til sine erfaringar, saman med mine oppfatningar og fortolkingar dannar slik realitet, sanning og det empiriske grunnlaget.

2.2 Bakgrunn for val av metode

Då eg skulle velje metode for prosjektet mitt, såg eg på kva mål eg hadde gjennom problemstillinga mi: **«Korleis opplev brukarar under avrusing eit musikkterapitilbod? Korleis forstår dei**

meistring og kva erfaringar av meistring har dei i musikkterapien?». Målet med dette prosjektet var ikkje å få inn nøyaktige tall på grad av meistring eller meistringstru, men å høyre brukarane sine opplevingar av meistring i musikkterapi. Eg såg det derfor som hensiktsmessig å velje ein kvalitativ tilnærming. Kvalitativ forskning utforskar eit fenomen og korleis det utfoldar seg gjennom studien og har som mål å gjere det eksplisitt og forstå fenomenet betre (Wheeler og Brucia, 2016). Dette samsvarar med mitt ønske om betre innsikt i korleis brukarar i avrusing ser på musikkterapi og meistring. Sidan eg var interessert i å høyre om opplevingane til brukarane ein «case» studie aktuell. I ein «case» studie ser på eit fenomen, hending eller person grundig og utfyllande i sin naturlege kontekst eller situasjon (Stake, 2006). Brukarar i rusbehandling er i ein sårbar situasjon slik at eg såg føre meg at enkelte kunne av ulike grunnar droppe ut av studien. Derfor såg eg på ein «single-case» studie som veldig sårbar og eg valde å sjå nærmare på alternativet «multiple case study» (Stake, 2006). Fordelen med ein slik type studie er at eg fekk eit breiare perspektiv på brukarane sine opplevingar og at prosjektet ikkje var like sårbart.

2.3 Prosjektet

Dette prosjektet vart forma som ein «multiple case» studie. Dette inneber ein samansetning av ulike «case», for å få djupne forståing rundt eit fenomen, som gjerne har mange medlemmar eller delar (Stake, 2006). Kvar case har sine sær eigenheiter som må studerast i seg sjølv, men i ein «multiple case study» er det heilskaplege eller samansetninga av desse som blir viktig. Eg har valt å gjennomføre dette prosjektet som ein «multiple case study». Dette er fordi det i denne konteksten er mange verdifulle individuelle historier. Desse historiene skapar ein heilheit som vi kan lære av og som kan gjere at ein kan utvikle behandling på ein måte som er tilpassa brukarane sine behov og ynskjer. I dette prosjektet blir det derfor deltakarane som dannar kvart sitt «case». Prosjektet er bygd opp som ein «instrumental multiple case study» (Stake, 1995) av tre ulike perspektiv frå den same musikkterapigruppa. Den er instrumentell fordi eg brukar fleire «case» til å utforske noko anna enn «caset» i seg sjølv, altså deltakarane sine opplevingar.

Det empiriske materialet omfattar i hovudsak kvalitative semi-strukturerte intervju (Kvaale & Brinkman, 2015). Forståinga og tolkinga av desse intervju er informert av deltakande observasjon loggført etter kvar time. Tanken ved å bruke intervju som datainnsamling er at prosjektet er ute etter djup fyrstehandskunnskap som medfører at ein må gå direkte til kjelda, altså brukarane sjølve. Dette er også i tråd med det gryande fokuset på brukarmedverknad i rusbehandling. Eg valde å gjere semi-strukturerte intervju av ulike årsakar. Det eine er at eit semi-strukturert intervju opnar for

mogleheter til å undersøke relaterte tema som kjem opp i intervjuet. Dette er dersom det skal vere eit ønske frå brukaren sjølv, men også fordi kvar «case» kan vere forskjellig med ulikt fokus og ulikt kva ein vektlegg som viktig.

Det vart gjort lydopptak av intervjuet for å sikre at eg fekk med all vesentleg informasjon. Opptaka vart lagra på eksterne harddiskar avskilt frå kodenøkkel. Kodenøkkel vart lagra på institusjonen der prosjektet fann stad medan lydopptaka vart lagra innelåst heime hos meg. Eg skreiv også ein prosjekt-logg som omfatta både musikkterapitimar og intervju. Grunnen til at eg valde å skrive denne loggen var for å oppretthalde størst mogleg grad av refleksivitet og at prosessen skulle vere mest mogleg transparent med tanke på at eg ikkje er ferdig utdanna musikkterapeut og sidan eg forskar på eigen praksis. Det gjorde også at deltakande observasjon vart brukt til å innhente datamateriale og vart brukt til å supplere datamateriale frå intervjuet.

2.3.1 Kontekst:

Prosjektet vart utført på ein avrusingsklinikk der personar med ulike rusavhengigheitsproblem kan komme til avrusing og stabilisering. Klinikken ligg under spesialisthelsetjenesta der klinikken gjerne blir brukt som startpunkt til ulike vidare behandlingstilbod som; ledd i ein kommunal rehabiliteringsprosess, før oppstart av LAR, før vidare behandling innanfor spesialisthelsetjenesta eller kortvarig avrusing i pågåande poliklinisk behandling. Klinikken har tre avdelingar avrusing (menn), Stabilisering (menn) og kvinneavdeling. Pasientane kjem først til avrusing (1-2 veker) der dei har medisinsk- og psykososial behandling med mål å hjelpe pasienten til å avslutte bruk av rusmidlar som hovudfokus. Vidare skal pasientane på stabilisering (1-8 veker). Her ligg fokuset på å stabilisere oppnådd endring og førebuing til å meistre tilværet utan rusmidlar.

Prosjektet er gjennomført på kvinneavdellinga på denne klinikken. Avdellinga har 8 plassar for døgntil behandling. Alder kan variere frå 18-60 år og problema kan vere alt frå alkohol til tunge narkotiske stoff. Her er dei hovudsakleg heile tida i den tida dei er innlagt, men får permisjon til å kunne møte familie og å ordne ulike personlege ærend. Pasientane har tilbod om forskjellige tilbod dei kan delta på, som trening, tur, undervisning, samtale med lege og psykolog og så lenge prosjektet på går, musikkterapi grupper.

Klinikken har per dags dato ikkje musikkterapeut. Det har tidlegare vore eit kort prosjekt der to

musikkterapeutar kom innom ein gong i veka og kunne tilby gruppetimar. Dette har eg inntrykk av fungerte godt, men klinikken har ikkje kunne tilsette nokon. Klinikken har eit ønske om å etter kvart kunne tilby musikkterapi og har derfor engasjert studentar i praksis det siste året.

2.3.2 Musikkterapitilbodet:

Musikkterapitilbodet vart midlertidig oppretta av meg og ein medstudent i musikkterapi. Det var eit gruppetilbod ein gong i veka. Dette vart organisert som ei brukarstyrt gruppe der ein avgjorde i fellesskap kva ein skulle bruke timen til. Grappa hadde til rådighet to gitarar, eit piano, ein ukulele, ein djembe og ulike små rytmeinstrument. I tillegg lagde vi songhefter satt saman av forslag frå pasientar, vi brukte ein ipad til å finne tekstar eller musikk på og høgtalarar slik at ein kunne spele av musikk. Det var viktig for oss med størst mogleg brukarstyring i gruppene slik at vi valde å gjere grappa til ei open brukarstyrt gruppe der deltakarane bestemte kva dei ville bruke timen til.

Vi hadde eit utgangspunkt i ressursorientering og meistring, men med moglegheit for å ta opp tema som kunne vere vanskeleg. Vi hadde derfor element frå ressursorientert musikkterapi (Rolvsvjord, 2010) og Samfunnsmusikkterapi (Stige & Aarø, 2012) i tankane då vi deltok i grappa og då vi planla opplegget. Element som brukarmedverking, ressursar, deltaking og meistring er sentrale element i ressursorientert musikkterapi og samfunnsmusikkterapi (Rolvsvjord, 2010; Stige & Aarø, 2012). Deltaking kunne variere frå ein til 10 deltakarar, alt etter kva pasientgruppe som var inne på det tidspunktet. Musikkterapitimane vart gjennomført i fellesstue med døra open slik at deltakarane kunne komme å gå som dei ville. Personalet gav tilbakemelding på at dette også var med på å skape god stemning i miljøet, samt at enkelte pasientar som kanskje ikkje følte seg heilt bra den dagen kunne høyre musikken og på den måten ta del likevel. Det negative ved å ha det i fellesstua er at rommet i seg sjølv ikkje er tilpassa slik at mange gjerne sit i ugunstige stillingar og det er også lite tilpassa i forhold til plassering av instrument.

2.3.3 Rekruttering og utval:

Rekruttering til prosjektet vart gjort av avdelingsleiar for å unngå forventning eller kjensle av press til å vere med i studien. Avdelingsleiar fekk med seg eit informasjonsskriv for å lettare informere om prosjektet muntleg samt eit samtykkeskjema der det også sto kva deltaking ville innebære. Eg ser derfor på deltakarane som godt informert og at deira kompetanse for samtykke var god. Det var tre deltakarar i dette prosjektet. Desse kom frå kvinneavdelinga. Dei vart plukka ut frå dei som deltok

på musikkterapigruppa. Dette var basert på eit hensiktsmessig utval då dette var brukarar som hadde delteke på musikkterapigruppa fleire gongar og som ønska å delta i prosjektet då avdelingsleiar spurde. Hensiktsmessig utval blir ofte brukt i casestudieforsking, spesielt dei som tek utgangspunkt i «Phenomenological or naturalistic inquiry design» (Murphy, 2016). Ved hensiktsmessig utval vel ein ut individ som ein trur ein kan lære mest mogleg av. I dette prosjektet var kriteria at utvalde deltakarar skulle ha delteke på musikkterapigruppa og at dei sjølve hadde eit ønske om å delta. Ideelt sett var tanken at desto meir dei hadde delteke i gruppa desto betre for å ha mange ulike opplevingar av musikkterapi å snakke om i intervjuet, men dette var heller ikkje nødvendig. Deltakarane som vart med i studien var med på musikkterapigruppa 3-8 gonger. Av dei tre som vart plukka ut var ein av deltakarane i behandling for fyrste gong og to av dei hadde vore inn og ut av behandling det siste året. Ein av deltakarane var med på musikkterapigruppa på to av sine opphald på klinikken. Ein annan deltakar valde å ikkje delta første gong tilbodet var tilgjengeleg for ho på klinikken, men valde å delta på neste behandlingsopphald. Ho fortalde at ho hadde høyrte at det vart spelt og sunge, men valde å halde seg på rommet. Den tredje deltakaren var kunn inne til eit opphald i den perioden prosjektet varte. Det var stort aldersspenn på deltakarane frå midten av 20 åra til slutten av 50 åra. Det var også variasjon av type rusmidlar frå ulike narkotiske stoff til alkohol.

2.3.4 Intervjuet:

Ved behandlingsslutt gjennomførte eg eit intervju. Intervjuet vart lagt opp som eit semi-strukturert intervju og tok ca 40-50 min. Kvale og Brinkmann (2015) kallar dette for semistrukturert livsverdeintervju der dei ser på det som eit mål å hente inn skildringar av den som vert intervjuast sitt livsverd for å kunne tolke tydinga. Ein brukar gjerne semistrukturerte livsverdeintervju når ein skal forstå tema frå kvardagslivet ut ifrå intervjupersonen sine egne perspektiv. Ut ifrå at eg ser etter brukarane sine opplevingar og tankar passar derfor eit semistrukturert intervju bra. Eit slikt intervju liknar ein samtale frå dagleglivet, men tar utgangspunkt i ein intervjuguide som gjer at ein får med ulike spesifikke tema eller spørsmål som samsvarar med formålet til intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015). Eg lagde ein intervjuguide som skulle forsikre at eg fekk svar på problemstillinga mi og svar på forskingsspørsmåla mine. Denne guiden vart bygd opp av fire kategoriar eller forskingsspørsmål;

- Korleis opplev brukarar i rusbehandling musikkterapi?
- Kva meistringserfaringar har brukarar under avrusing i musikkterapien?
- Kan musikkterapi bidra til auka self-efficacy?

- Og i kva grad opplev dei denne erfaringa som nyttig?.

Til desse kategoriane er det tilknytt intervju spørsmål som skal svare på forskings spørsmål (sjå vedlegg 1).

I eit semistrukturert intervju har ein også moglegheit til å utvide og stille oppfølgingsspørsmål som kan utdjupe det som har vore snakka om. Slik vart intervjuguiden ei ramme for intervjuet. Eg prøvde å stille oppfølgingsspørsmål der ein kom innpå viktige aspekt eller om eg følte at deltakaren ikkje hadde svart på det spørsmålet eg stilte. Dette vart noko ulikt på dei ulike deltakarane då nokre svarte ganske presist og direkte på spørsmåla medan andre trengte å fortelje og kome med eksempel for å få fram sine tankar. Det vart tre ulike intervju, som viste ulike syn på meistring og opplevingane i musikkterapien.

Intervjua vart gjennomført i besöksstova på kvinneavdelinga. Dette var for å kunne sitje uforstyrra i ei hyggeleg atmosfære og i eit rom dei kjenner frå før. Dette trur eg var viktig for at deltakarane skulle føle seg trygge og at intervjuet skulle virke meir som ein daglegdags samtale. Eg tilbydde også kaffi eller vatn til dei som ønska dette, noko som for enkelte kan vere med på å ufarleggjere situasjonen.

Det vart gjort lydopptak av alle intervjua. Eg fortalte innleiingsvis deltakarane korleis eg kom til å bruke opptaket, at dette var mest for min del for å huske alt vi snakkar om og at eg kom til å slette desse opptaka ved prosjektslutt. Lydfilene vart lagra på eksterne harddiskar, innelåst heime hos meg og vart kunn brukt i transkriberingsarbeidet.

2.4 Ethiske aspekt:

Personar i rusbehandling er i ein sårbar situasjon. Det er ein situasjon som i stor grad er prega av endringar på mange ulike plan. Her blir det derfor viktig å kunne ivareta desse personane på best mogleg måte, slik at der er enkelte etiske aspekt ein må ta stilling til. Mie Mohlin (2008) reflekterer rundt fleire slike etiske aspekt, i denne samanheng vil eg dra fram informert samtykke og konfidensialitet. Eg vil også reflektere rundt mi rolle som musikkterapeut og det å forske på eigen praksis.

2.4.1 NSD og informert samtykke

Prosjektet er godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplege datateneste (NSD). I rekrutteringsfasen fekk deltakarane først muntleg informasjon frå avdelingsleiar deretter fekk dei skriftleg informasjon og samtykkeskjema for signering dersom dei ønska å delta eller ønska å vite meir om studien. Eit informert samtykke betyr at deltakarane blir informert om prosjektet sine overordna formål og om hovudtrekka i forskingsdesignet. I tillegg bør ein også informere om eventuelle risikoar og fordelar ved å delta (Kvale & Brinkmann, 2015). Eg vurderte risikoen for deltakarane som liten, då vi snakka om ikkje sensitiv informasjon.

2.4.2 Konfidensialitet

Konfidensialitet handlar først og fremst om at personar som har delteke ikkje skal bli gjenkjende (Mohlin, 2008). I mitt prosjekt valde eg å gje deltakarane nye namn, dette for å oppretthalde anonymitet og for at ein skal få eit klarare bilete på deltakarane som ulike personar. I transkriberingsfasen valde eg å skrive om alt til nynorsk og fjerne enkelte karakteristiske utsegn, sjølv sagt utan å endre på betydninga. Dette var i hovudsak for å unngå at deltakarane kunne bli gjenkjent på talemåte og dialekt.

2.4.3 Refleksjonar rundt det å ha ulike roller

Før prosjektet vart sett i gang tenkte eg mykje på kor vidt eg skulle gjere musikkterapien sjølv eller om eg skulle intervju brukarar som har motteke musikkterapi frå utdanna musikkterapeut. Det er eit fokus rundt at musikkterapi skal utførast av nokon med godkjent musikkterapiutdanning. Dette blir presisert i til dømes dei nasjonale retningslinjene for behandling av psykose (Helsedirektoratet,2013). Eg er ikkje ferdig terapeut, men dette prosjektet og oppgåva er det siste eg gjer som student. Eg har lite praksiserfaring, men så lenge eg er reflektert og klar over mine egne avgrensingar vil ikkje dette utgjere eit stort problem. Både personale og brukarar omtala meg som musikkterapeuten slik at eg fekk også naturleg denne rolla, til tross for at eg ikkje er ferdig utdanna. Det å eventuelt ikkje gjere terapien sjølv tenkte eg at også kunne vere avgrensande fordi ein då ikkje får den same relasjonen og tryggleik ein får i eit musikkterapiforløp. Det kan også vere ein her går glipp av djup informasjon som berre kan oppnåast gjennom denne relasjonen og fordi ein kan diskutere nærmare kva som skjer i musikkterapien. Eg valde derfor i mitt prosjekt å utføre musikkterapitimane sjølv, men ville prøve å vere så refleksiv og transparent som mogleg i prosessen. I rekrutteringsfasen fekk eg inntrykk av at det faktum at deltakarane kjende meg frå før gjorde det enklare for dei å gå inn i ein slik intervju situasjon.

I forhold til å skulle forske på eigen praksis var det ulike aspekt eg måtte ta hensyn til. Det at eg var i ei terapeutrolle kan bli sett på som ein maktposisjon. Om det vart oppfatta som dette eller ikkje er individuelt, men eg meiner at tiltak som det at sjølv tilbodet skal var brukarstyrt bidrog til å skape meir likestilte roller. Sjølv intervjusettinga kunne i sånn måte vere meir problematisk i forhold til maktposisjon. Eit av tiltaka for å motverke dette var at deltakarane på kva som helst tidspunkt kunne trekke seg. Det var det ingen som gjorde, men eg trur at det likevel var viktig å ha det som eit alternativ. Det var brukarane sine opplevingar eg var interessert i å få fram i denne settinga og det kunne bli oppfatta som sårbart, men det gav også brukaren form for kontroll i kva dei ønska å fortelje og ikkje. Det kunne gjere det vanskeleg for brukaren å snakke om enkelte aspekt, som til dømes at dei ikkje var nøgd med tilbodet eller musikkterapeuten sitt arbeid. Her fokuserte eg på å forsikre deltakarane om at eg ønska at dei skulle svare så presist som mogleg og at eg også var ute etter å høyre negative aspekt dersom det var nokon. Dette var viktig å presisere slik at deltakarane ikkje ville «hjelp» meg som terapeut med å få dei svara eg «ville» ha.

Det var viktig at det å delta i studien ikkje skulle få negative konsekvensar for deltakaren. Her ville det vere viktig å ha dialog med hovudbehandlar slik at ein kunne fange det opp dersom der skulle vere negative aspekt ved å delta. Dette var meint å fungere som eit sikkerhetsnett dersom det skulle komme opp tema brukaren kan ha behov for å bearbeide vidare med sin behandlar. Dette vart for så vidt eg veit ikkje noko behov for. Eg fekk snarare tilbakemelding på at det å delta hadde vore positivt for enkelte av deltakarane.

2.5 Analyse av datamaterialet

Det empiriske materialet i denne studien er kvalitative semistrukturerte intervju, samt supplert med ein prosjekt-logg for musikkterapigruppene.

Lydopptak frå intervjua vart transkribert. Først skreiv eg ned alt som deltakarane sa nøyaktig som dei sa det. Eg brukte programmet Nvivo som verktøy, der eg kunne senke tempoet i samtalen for å betre få med meg alt. I etterkant valde eg å skrive det om frå dialekt til nynorsk for å oppretthalde størst mogleg grad av anonymitet. Eg valde også å fjerne litt av; emm, hmm, eee, for å behalde flyten i samtalen og for at hovudinnhaldet skulle komme betre fram. For mange kan det vere utfordrande å skulle svare på spørsmål under eit intervju, noko som gjer at ein brukar mykje «fyllord» når ein svarar på spørsmål. Desse kjem ofte når ein tenker seg om og ikkje alltid heilt veit

korleis ein skal formulere seg på eit spørsmål. Eg vel også å fjerne desse fyllorda for at deltakarane ikkje skal føle seg framstilt som «dum» eller lite reflekterte.

Før eg gjekk vidare til analyse las eg gjennom intervjuane fleire gongar for å gjere meg godt kjent med materialet og for å betre kunne sette meg inn i deltakaren si historie. Under desse gjennomlesingane noterte eg tankar og stikkord som dukka opp, som enten kunne bidra til analysen eller tankar til seinare diskusjon. Denne prosessen vart ei form for koding, som ifølgje Kvale og Brinkmann (2015) kan skildrast som: «Nedbryting av ein tekst i håndterlige stykker og tilføyelse av et eller fleire nøkkelord til et tekststykket så det senere kan gjenfinnes» (Kvale & Brinkmann, 2015, s.355). Eg las også gjennom loggen frå dei relevante musikkterapitimane. Tanken rundt denne loggen var ikkje å analysere desse, men at dei kunne vere med på å informere og oppklara dersom det var noko uklart i intervjuet. Loggen var slik også med på å informere mi oppfatning av hendingar frå musikkterapitimane, som vart omtala i intervjuet. Då eg hadde gjort meg kjent med materialet gjorde eg ein meiningsfortetting (Kvale & Brinkmann, 2015).

Meiningsfortetting kan skildrast som: «En forkortelse av betydningene av en intervjupersons utsagn til kortere formuleringer, som regel innenfor rammen av intervjupersonens forståelse og språk» (Kvale & Brinkmann, 2015, s.356). Dette vart derfor korte setningar som fortetta innhaldet i samtalen, essensen av kva vi prata om. For meg var det viktig å bevare spesifikke ord frå deltakarane, slik at desse fortettingane skulle vere så nært deltakarane sine utsegn som mogleg. Eg sat dette inn i ein tabell med transkripsjonen på den eine sida og meiningsfortettinga på den andre. Meininga med dette var å bruke fortettingane til å lage kategoriar og å finne likskapar mellom deltakarane. Eg gjorde eit forsøk på dette, men eg følte at det å lage strikte kategoriar gjorde at eg mista viktige delar av samtalen som då ikkje «passa inn» i dei største kategoriane og at deltakarane ikkje vart tydelege som personar i teksten. Eg valde derfor å gå vekk frå dette og gjere ein meir forteljande presentasjon av samtalan med mykje bruk av direkte sitat. Først skreiv eg ned intervjuet i si heilheit med mine egne ord og sitat innimellom i kronologisk rekkefølge. Deretter valde eg å organisere presentasjonen av funna etter dei ulike delane i problemstillinga mi. For å binde dei tre deltakarane saman valde eg å gjere ei kort oppsummering av dei viktigaste funna.

3. Teoretisk grunnlag:

I dette kapitlet vil eg først forklare litt om korleis rusmiddelavhengigheit oppstår og deretter gjere greie for kva ein meiner med tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelbruk (TSB). Deretter vil eg komme inn på oppgåva sitt hovudtema som er meistring, dette vil bli knytt opp mot omgrep som self-efficacy, empowerment og brukarmedverknad.

3.1 Rusbehandling

3.1.1 Rusmiddelavhengigheit

Rusavhengigheit er eit komplekst fenomen som blir påverka av ulike faktorar, på grunn av denne kompleksiteten har det også blitt utvikla ulike forklaringsmodellar opp gjennom tidene. Ein av forklaringsmodellane som står sterkt i dag er den biopsykososiale og eg vil i denne samanheng sjå rusmiddelavhengigheit ut ifrå denne modellen. Den går ut på at der er eit samspel mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorar som er årsak til rusmiddellidingar (Johansen & Bramness, 2012). Rus er eit omgrep brukt om ein tilstand av eufori som blir skapt av verkingar frå kjemiske stoff eller sterke opplevingar, som til dømes forelsking, naturopplevingar eller musikkopplevingar (Nesvåg, 2012). Eufori er eit omgrep som kan skildrast som ein oppløfta tilstand der ein gjerne kjenner seg oppløfta, lett og glad. Det kan vere ein normalreaksjon hos personar som har overlevd livsfare eller det kan også bli skapt ved hjelp av rusmidlar (Malt, 2016). Denne tilstanden av eufori kjem av dopamin som blir utløyst i kroppen. Kroppen blir etterkvart vant til denne utskillinga av dopamin slik at det fører til endringar i det sentrale nervesystemet, som igjen fører til auka toleranse, fysisk avhengigheit, sensitivisering, rus-sug og tilbakefall (Stallvik, 2011). Etterkvart vil det bli fysisk umogleg å oppleve denne typen eufori på grunn av kroppen sin tilpassing. Hjernen blir også endra slik at ved rus-sug blir det sendt signalar som liknar på sult. Å få tak i rusmidlar blir for hjernen like viktig som mat for å overleve (Stallvik, 2011). Dette er delar av dei biologiske faktorane for korleis avhengigheit oppstår. I tillegg til desse prosessane i hjernen har også mange forskarar prøvd å finne genetiske årsakar til rusmiddelavhengigheit. Det er ikkje eit spesifikt gen som kan forklare avhengigheit, men snarare to typar genetiske disposisjonar. For det første er det enkelte genetiske profilar som kan gjere at nokon opplev svært sterke rusmiddelrelaterte belønningar meir enn andre. For det andre er det genetiske profilar som kan gjere enkelte meir predisponerte for å utvikle avhengigheit på grunn av relaterte personlegdomstrekk som grad av impulsivitet, kor villig ein er til å utsette seg sjølv for risiko eller genetisk relaterte psykiske lidingar. Dette vert igjen påverka av miljøfaktorar som igjen kompliserar biletet ytterlegare (Nesvåg, 2012).

Når det kjem til psykologiske faktorar kan personlegdomstrekk og mentale lidningar vere sterke bidragsfaktorar til rusavhengigheit. Personar med risktakande og spenningsøkande personlegdomstrekk har ein draging til meir avhengigheitsskapande stoff. Ein ser også at enkelte mentale lidningar er assosiert med ein større risiko for rusmisbruk, dette er spesielt lidningar som schizofreni, bipolar lidning, depresjon og ADHD (Cami & Farre, 2003). Det er derfor heller ikkje uvanleg med komorbide lidningar også kalla ROP lidningar (samtidig rus og psykisk lidning) noko som kan komplisere behandling ytterlegare (Kronholm, 2012; Grønningsæter, 2012). Dei sosiale faktorane er også svært viktige for å kunne forstå kompleksiteten i rusavhengigheit. Stallvik (2011) viser til forskning som viser at mange vaksne rusavhengige har vore utsett for mishandling og seksuelle overgrep (Steward, 1996 ; Clark, Lesnick & Hegedus, 1997 i Stallvik, 2011). Sosiale nettverk er også ein faktor som har mykje å seie. Mange rusavhengige har etter mange års misbruk lite og lite støttande sosialt nettverk slik at denne einsemda kan føre til tilbakefall for å døyve slike kjensler (Persson & Stallvik, 2007). Jobb, økonomi og fritid er også faktorar som kan spele inn. Etter lengre tids rusavhengigheit har mange mista jobb, har dårleg økonomi og har ikkje hatt andre interesser enn rus på lengre tid noko som etablerer mønster som kan vere vanskeleg å bryte (Stallvik, 2011).

For å diagnostisere rusproblem brukar det norske helsevesenet den internasjonale sjukdomsklassifikasjonen ICD-10. Denne klassifikasjonen skil mellom skadeleg bruk og avhengigheit av rusmidlar. Skadeleg bruk er når inntak av rusmidlar gir alvorlege fysiske og eller psykologiske skadar (Bergensklinikkene, 2017, 23.02). Ifølge ICD-10 er avhengighet:

«Spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomenar der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi» (ICD-10: 73).

Det er slik viktig å presisere at det eine eller det andre ikkje predikerar rusavhengigheit, men at det kan vere faktorar som set ein i faresona for å utvikle eit problem. Kvar den faktiske avhengigheita kjem ifrå er såleis vanskeleg å vite slik at ein må sjå alle desse aspekta når det kjem til rusbehandling. Dersom ein ser denne definisjonen i samsvar med eit biopsykososialt perspektiv talar dette for ein tverrfagleg og heilskapleg behandling.

3.1.2 Tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk

I 2004 vart rusreforma gjennomført slik at ansvaret for behandling av rusmisbrukarar vart overført frå sosialtenesta til spesialisthelsetenesta, som blir regulert av spesialisthelsetenestelova der tenesta heiter *tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk* (TSB) (Regjeringen, 2004). Dette inneber at tenesta har både sosialfagleg og helsefagleg innhald. TSB omfattar av ulike typar behandlingstilbod: avrusing, akutt behandling, utredning og spesialisert behandling (poliklinisk eller institusjon), institusjonsplassar der rusavhengige kan holdast tilbake utan eige samtykke (tvang) og legemiddelassisert rehabilitering. (Regjeringen, 2013). Varigheit på opphald kjem an på kva type behandling alt frå 1-2 veker avrusing til over 6 månadar på døgnbehandling (institusjon). «At behandling skal vere tverrfaglig og spesialisert, betyr at både helsefaglige og sosialfaglege perspektiv skal vektleggges i utredning, behandling og oppfølging, og at behandleren skal tilfredsstille kravene til spesialistnivå» (Sælør & Bjerknes, 2012, s.144). Dette medfører at det må vere mange ulike behandlingstilbod, både frå eit medisinskfagleg perspektiv, psykologfagleg perspektiv og eit sosialfagleg perspektiv (Lundberg, 2012).

Med eit tverrfagleg fokus på behandling «[...]kan behandling i denne sammenheng uttrykkes som en interaksjon mellom behandler og pasient, verbal eller på annen måte, som bidrar til å redusere pasientens symptomer og øke mestring» (Evjen, Øiern & Kielland, 2003, s.101).

Rehabiliteringsprosessen går ut på å utvikle pasienten sine ferdigheiter og ressursar for å kunne delta i samfunnet. Omsorg handla om å legge til rette slik at pasienten har praktiske forutsetninga for å klare dagleglivet eller få hjelp til det (Evjen, Øiern & Kielland, 2003). Tilrettelegging av og hjelp til å finne bolig er eit eksempel på dette. Dette forutset også eit bredt helsesyn som ser på helse som noko meir enn fråvær av sjukdom. Antonovsky (2012) sin teori om salutogenese har eit slikt helsesyn. Denne inneber helse som eit fleirdimensjonalt kontinuum mellom helse og uhelse. Dette medfører også at ein må kartlegge heile personen sin historie, fokus på heilskapleg behandling. Antonovsky ser ikkje berre etter årsaka, men også førebygging og meistringsressursar (Antonovsky, 2012). Ein ser her at eit fokus på ressursar og meistring er hensiktsmessig i forhold til å kunne tilby ein heilskapleg behandling. Meistring kan også ha ringverknadar som kan ha positiv eller negativ innverknad på andre behandlingsaspekt.

3.2 *Meistring:*

Meistring er eit vidt omgrep som famnar mange ulike perspektiv og praksisar. Meistringsomgrepet er vanskeleg å definere eintydig og er svært samansett. Mange vil nok assosiere meistring med det å kunne meistre ei ferdigheit og få til noko. Då blir meistring knytt til dugleik, noko som samsvarar med det engelske omgrepet mastery. English oxford dictionaries forklarar mastery som; «comprehensive knowledge or skill in particular subject or activity», «the action of mastering a subject or a skill» og «control or superiority over someone or something» (oxford dictionaries, 2017). Dette viser til meistring som noko prestisjefullt der ein må prestere og vere «best» innanfor eit område. Ser ein derimot vidare til korleis omgrepet vert brukt i helsesektoren eller musikkterapi ser ein at det ikkje er utelukkande det å meistre ei ferdigheit.

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og meistring innen helse (NK LMH) samanfatar mange definisjonar av meistring som at «mestring handler om at den enkelte person endrer forestillinger, følelser og atferd på en måte som gjenoppretter mening og sammenheng i livet, som bidrar til å bearbeide følelsesmessige reaksjoner, problemløsning og forbedret livssituasjon» (Olsson & Vågan, 2015). NK LMH ser også på meistring som eit uttrykk for kva for ressursar den enkelte sit inne med, og relasjonen og samspelet mellom vedkomande og situasjonen han eller ho er i (Olsson & Vågan, 2015). Situasjon i denne samanhengen kan vere til dømes sosiale nettverk, støtteapparat, institusjonar og samfunn. Slike syn på meistring samsvarar med det engelske uttrykket «coping». Det kan også kallast meistringsstrategiar og går ut på korleis ein person reagera både åtferdsmessig, kognitivt og emosjonelt i situasjonar som er stressande eller krevjande som krev at ein tilpassar eller endrar seg (Dijkstra & Hakvoort, 2010).

Der er ulike formar for meistringsstrategiar eller «coping». Desse er gjerne problemfokusert-, emosjonsfokusert- eller meningsfokuserete meistringsstrategiar (Kloos et al. 2012).

Problemfokuserete meistringsstrategiar ser på ein problemsituasjon direkte, der ein lagar ein plan for å endre situasjonen og deretter følger denne planen. Emosjonsfokuserete meistringsstrategiar ser på kjenslene som følger med utfordringa. Dette er strategiar som går ut på å redusere kjensler som angst eller å auke emosjonell støtte frå venner og familie. Meningsfokuserete meistringsstrategiar involvera å finne mening i utfordringa eller stressmomentet, særskilt dersom dette kan bidra til personleg utvikling eller viktig læring (Kloos et al. 2012). Desse ulike utgangspunkta for meistringsstrategiar overlappar gjerne og kjem ann på konteksten. Ein kan slik seie at kva meistringsstrategiar ein vel vil variere ut ifrå utfordringa, samt sosiale og kulturelle faktorar, som familie og sitt sosiale liv.

Vi har sett at meistringstrategiar krev ein eller annan form for endring eller tilpassing for å kunne fungere optimalt. Ser vi då på meistringsomgrepet frå ein helsefagleg kontekst er endring eit viktig stikkord. Ein kan kanskje tenke at dette er tilknytt ein medisinsk modell med fokus på problem, men på same tid handlar dette om å betre livskvalitet. Det norske omgrepet meistring kan kanskje sjåast som ein kombinasjon av både coping og mastery, der mastery handlar om evner og å lukkast i noko medan coping handlar om effektiv bruk av desse evnene til å tilpasse seg i miljøet rundt ein. Eit eksempel på meistring hos personar i rusbehandling kan vere livsmeistring. Livsmeistring kan gå ut på å meistre sin eigen kvardag og livssituasjon gjennom å kontrollere rusen, oppretthalde eller reparere relasjonar, ta ansvar for eige liv og kunne handtere motgang og stress. Forsking viser til dømes samanheng mellom livshendingar og rusbruk (Nordfjærn, Hole & Rundmo, 2010). Studien viste sterk relasjon mellom negative livshendingar og auka rus-konsum, spesielt hos mannlege brukarar. Den same studien viste til samanheng mellom positive livshendingar og redusert bruk av rusmidlar, men dette var kunn hos menn. Dette kan vere blant anna vere fordi «menn har vist å ha ein sterkare tendens til å reagere på slike hendingar med åtferdsstrategiar, medan kvinner har ein tendens til å oppsøke sosial støtte når dei vert konfrontert med negative og stressande livshendingar» (Nordfjærn, 2010, s.37). Ein kan kanskje i sånn måte sjå på dette som at kvinner og menn vel ulike meistringstrategiar, sjølv om ein skal vere litt forsiktig med å generalisere kan dette peike mot ulike behov i behandling.

3.2.1 Tru på eiga meistring:

Eit anna aspekt av meistring er meistringstru eller self-efficacy. Self-efficacy er eit omgrep som mange assosierar med Albert Bandura og har tilknytning til sosial læringsteori, men der har også vore stor interesse for omgrepet innanfor positiv psykologi. Omgrepet tek utgangspunkt i tankar og oppfatningar rundt tema om personleg kontroll. Den mest kjende definisjonen kjem frå Albert Bandura: «peoples` beliefs in their capabilities to produce desired effects by their own actions» (Bandura, 1997, s. Vii). Denne definisjonen tek utgangspunkt i at tru på eiga meistring er den viktigaste faktoren som avgjer kva åtferd ein vel å engasjere seg i og kor hardt ein strevar når ein møter motgang og utfordringar (Maddux, 2002). Ein kan derfor seie at self-efficacy kan vere ei føresetnad for meistring eller eit grunnlag for meistring, men meistring kan også vere grunnlag for auka self-efficacy. Maddux (2002) legg vekt på at også kontekst er viktig når det kjem til self-efficacy. Self-efficacy blir slik kva du kan gjere med evnene dine og korleis du brukar desse til å handtere ulike situasjonar. Dette gjer at self-efficacy ikkje er ein generell evne, men er situasjonsbestemt innanfor ulike type handlingar.

Bandura (1997) hevdar at self-efficacy blir bygd opp av fire faktorar; meistringserfaringar, rollemodellar, verbal oppmuntring og fysiologiske tilstandar. Meistringserfaringar er den sterkaste påverknadsfaktoren til self-efficacy, der opplevingar av meistring er med på å gje ei styrka kjensle av self-efficacy i den spesifikke situasjonen og er meir generaliserbar enn opplevingar påverka av andre faktorar (Bandura, 1997). Dette er snakk om å til dømes oppleve at ein meistrar ein utfordrande situasjon eller oppgåve og ein ser på det som vellukka. Dersom ein derimot føler at ein ikkje heilt meistrar tilstrekkeleg kan desse opplevingane ha motsett effekt. Eg meiner slik at dette er noko ein bør ha i bakhovudet for å kunne lage trygge rammer og til retteleggje for meistring og positive meistringserfaringar i musikkterapi.

Rollemodellar handlar om at vi konstant samanliknar oss med andre. I forhold til self-efficacy handlar dette om ein sosial samanlikningsprosess (Reeve, 2009), der ein ser kva andre rundt seg får til. Er dette positive rollemodellar som får til det dei set seg føre har dette positiv innverknad på self-efficacy (Bandura, 1997). Verbal oppmuntring eller overtaling kan også hjelpe oss til å få meir tru på oss sjølve. Denne effekten er ikkje varig, men kan hjelpe oss til å gjere eit forsøk (Reeve, 2009). Dette kan ideelt sett føre til meistringsopplevingar som gir ein meir varig kjensle av self-efficacy. Fysiologiske tilstandar kan også påverke self-efficacy, dette kan vere til dømes om ein er nervøs eller liknande. Desse har størst innverknad om ein har lite låg kjensle av self-efficacy altså lite tru på at ein kan meistre det ein har satt seg føre (Bandura, 1997). Desse fire påverkningsfaktorane kan hjelpe oss til å forstå kvifor enkelte manglar tru på eiga meistring. Det kan også hjelpe oss å legge til rette for positive opplevingar, som kan vere med på å styrke tru på eiga meistring. Noko som kan vere eit nyttig verktøy i ein behandlingssamanheng.

Self-efficacy kan vere viktig av ulike årsakar. Mange filosofar og psykologiske teoretikarar er einige i at ei kjensle av kontroll over vår eigen åtferd, vårt miljø og våre tankar og kjensler er essensielt for lykke og ei kjensle av velferd. Altså når ein ser på verda og livet som forutsigbart og kontrollerbart og når vår åtferd, tankar og kjensler er innanfor vår kontroll er vi i betre stand til å møte utfordringar, bygge sunne relasjonar og velferd (Maddux, 2002). Dei som har sterk tru på sine evner til å utføre og handtere potensielt vanskelege situasjonar vil tilnærme seg desse roleg og vil ikkje bli urimeleg påverka av motgang. Dei som derimot har lite tru på eigne evner vil tilnærme seg situasjonar med bekymring og vil slik redusere sannsynet for å utføre effektive handlingar og igjen kunne vere påverka av angst problematikk (Maddux, 2002). Self-efficacy har vist seg å vere effektivt i forhold til rusproblem og spiseforstyringar (Bandura, 1997). For slike problem er det viktig å auke self-efficacy for å overkomme problema og for å implementere sjølv-kontroll strategiar i spesifikke utfordrande situasjonar, som for eksempel situasjonar som kan vere ein rus

«trigger». Dette er i følge Bandura (1997) er essensielt for å lykkest med ein terapeutisk intervensjon. Det blir i sånn måte viktig å fokusere på meistring og self-efficacy i rusbehandling for å kunne ha tru på eigen sjølv-kontroll og tru på at ein kan klare å halde seg vekke frå rusen sjølv når ein møter motgang.

Nina Elin Andresen (2012) understrekar viktigheita av self-efficacy i rusbehandling og hevdar at der er liten grunn til å jobbe med problem og endring dersom pasienten sjølv har liten tru eller håp om at situasjonen kan endrast. Ho påpeikar at dette kan gjerast ved å blant anna bygge oppunder pasienten sine ressursar, ved å fokusere på tidlegare erfaringar der pasienten har lykkest, undersøke planer og forsøk der pasienten har prøvd å meistre, samt å då utforske moglege løysingar saman med pasienten. Dette kan vi sjå samsvarar med Bandura (1997) sine fire faktorar. Det viser også til at eit ressursorientert fokus i behandling kan vere hensiktsmessig.

3.2.2 Musikkterapi og self-efficacy:

I Noreg har vi eit humanistisk syn på musikkterapi. Even Ruud hevdar at ved å dyrke fram eit slikt perspektiv på musikkterapien skapar ein ei motvekt til terapi og behandling noko som kan redusere mennesket til eit objekt (Ruud, 2008, s.8). I følge Ruud vil ein ved dette legge verdi til subjektivitet og handling, og dermed sette mennesket i stand til å ta kontroll over egne liv. Dette gir rom til å sjå mennesket som heilheit, noko som samsvarar med eit biopsykososialt perspektiv når det kjem til behandling av ruslidingar.

Innanfor musikkterapi er self-efficacy eit omgrep som gjerne blir nemnt i ulike samanhengar, men sjeldan behandla spesifikt. Her vil eg knytte det opp mot eit ressursorientert perspektiv på musikkterapi både fordi det er hensiktsmessig og fordi dette prosjektet baserer seg på data frå musikkterapigruppe som tar utgangspunkt i ein ressursorientert tilnærming. Eit ressursorientert perspektiv på musikkterapi inneber at klienten sine ressursar er i sentrum. Ein har eit fokus på anerkjening og stimulering av sterke sider og ressursar hos klienten og samspelet mellom individ og samfunn vert vektlagt og sentralt. Det ressursorienterte perspektivet på musikkterapi ser på musikk som ein helseressurs (Rolvjord, 2008). Dette betyr ikkje at ein skal ignorere problem, men at ein ikkje definerer klienten som sitt problem eller diagnose snarare eit meir heilskapleg bilete med fokus på ressursane. Ressursar er noko ein person har, som t.d eigenskapar og dugleikar, men det kan også vere noko ein person har tilgang til gjennom sitt sosiale nettverk, gjennom organisering av samfunnet og gjennom sin kultur (Rolvjord, 2008). Self-efficacy kan vere ein måte

å styrke og tileigne seg ressursar på. Ei høg kjensle av self-efficacy kan blant anna føre til at ein utviklar kompetente evner innanfor ulike områder, noko som er med på skape og styrke desse ressursane. Eit fokus på self-efficacy kan i og for seg samanliknast med eit ressursorientert fokus fordi omgrepet handlar om å tru på det ein kan og utnytte sine ressursar og evner for å ha moglegheit til å oppnå sitt fulle potensial. Både self-efficacy og ressursorientert musikkterapi kan knyttast opp mot empowerment omgrepet. Rolvsjord (2008) hevdar at ein må understreke at ressursorientert musikkterapi og det å utvikle ein person sine ressursar ikkje berre må forståast i forhold til den indirekte effekten det har på sjukdom og problem. Ein må snarare sjå på det som å bruke ressursar som ei kjelde til auka livskvalitet og empowerment i seg sjølv. Self-efficacy kan også vere ein bidragsfaktor til empowerment i den grad at for å oppnå empowerment treng ein meir enn berre evner og kunnskap om kva ein skal gjere, men at ein også treng self-efficacy slik at ein kan omsette kunnskap og evner til effektiv handling når ein vert trua og ta kontroll over negative tankar (Reeve, 2009). Eg vil derfor vidare sjå på kva empowerment er og korleis dette heng saman med meistringsomgrepet.

3.3 Empowerment:

Empowerment er eit omgrep som tar utgangspunkt i ordet «power» som kan oversettast til både styrke, kraft og makt. Omgrepet blir ofte også sett i samanheng med omgrepet myndigjering. Utgangspunktet er å endre det som gjer at ein er i ein avmaktsituasjon ved å styrke enkelt individ eller grupper (Askheim, 2007). Ein kan i sånn måte sei at empowerment uttrykker noko om personar eller grupper sin veg frå ein avmaktssituasjon til noko anna. Det er eit omgrep som har opprinnelse i den amerikanske borgerrettbevegelsen (Solomon, 1976 i Askheim, 2007), men blir i dag gjerne relevant for til dømes innvandrarar, homofile, rusmisbrukarar, funksjonshemma eller personar med psykiske lidingar, altså personar/grupper som på ein eller anna måte er i ein avmaktsposisjon (Askheim, 2007). Det er eit politisk lada omgrep som referera til makt og maktrelasjonar (Rolvsjord, 2004). Det er derfor viktig å skilje mellom «power to» og «power over» (Kloos et al. 2012). Rolvsjord (2004) relaterar «power over» til tradisjonelle patriarkiske mønster og hevdar desse lett kan relaterast til undertrykking. Denne typen makt blir derfor ikkje kompatibel med empowerment omgrepet. «Power to» derimot, baserer seg på verdiar knytt til samarbeid, likskap og respekt. Her blir ikkje empowerment jamfør undertrykking av nokon andre i vegen mot «makt», men snarare ei opning av moglegheiter for individet eller grupper (Rolvsjord, 2004). Empowerment utfoldar seg alltid i ein sosial/sosiokulturell samanheng (Kloos et al. 2012). Dette gjer at det i likskap med self-efficacy er vanskeleg å generalisere og definere, men er avhengig av den spesifikke konteksten der det oppstår. Empowerment er også eit konsept med fleire lag eller

nivå, både individuelle, organisatoriske og samfunnsbaserte nivå. Desse nivåa er gjensidig avhengig av kvarandre og påverkar kvarandre aktivt i empowerment prosessen (Rolvjord, 2010). Omgrepet tar utgangspunkt i eit positivt menneskesyn der mennesket er eit aktivt og handlande subjekt, som dersom forholda blir lagt til rette for det vil og gjer sitt eige beste (Askheim, 2007). Dette samsvarar med eit humanistisk menneskesyn, noko som vi ser igjen i norsk musikkterapi.

Individnivået av empowerment omgrepet kan skildrast som psykologisk empowerment. Dette involvera bruk av kunnskap, evner og tru som let ein å ta kontroll over sitt eige liv (Reeve, 2009). Ein delar gjerne psykologisk empowerment inn i tre ulike nivå intrapersonleg, relasjonelt og åtferdsnivå. Aspekt som sjølv-tillit, self-efficacy og locus of control kan reknast som intrapersonlege. På det relasjonelle-nivået brukar ein sine analytiske evner til å påverke miljøet, medan åtferdsnivået skildrar korleis individet tar kontroll ved å delta i samfunnet (Zimmerman, 2000 i Rolvsjord, 2010). Å ha moglegheit til handling og deltaking, samt ei kjensle av å ha rett til å gjere dette er sentrale i empowerment (Renblad, 2003, s. 28).

Organisatoriske nivå inkluderar blant anna moglegheiter som organisasjonar skapar for folk til å få «makt» og kontroll i liva sine. Empowerment blir knytt til korleis organisasjonar utviklar seg, korleis dei påverkar politikk og korleis dei tilbyr og er med på å skape nye servicetilbod (Rolvjord, 2010). Ein kan skilje mellom «empowering» og «empowered» i denne samanhengen. Ein Empowering organisasjon er ein organisasjon der ein har delt ansvar, ei støttande atmosfære og sosiale aktivitetar. Medan ein empowered organisasjon er ein organisasjon som har påverknadskraft på eit større samfunn, noko som ofte medfører at dei kan mobilisere økonomiske ressursar og når sine mål (zimmermann, 2000 i Rolvsjord, 2010). I forhold til rus kan ein kanskje sjå på ulike brukarorganisasjonar som eksempel. Ein organisasjon som til dømes anonyme alkoholikarar (AA) kan vere både empowered og empowering. Støtta fellesskapet gir, anonymitet og møter skapar ein empowering atmosfære, medan arbeid ut ad med for eksempel ruspolitikk kan gjere at organisasjonen er empowered.

Samfunnsnivået av empowerment kan skildrast som noko som «initiates efforts to improve the community, responds to threats of quality of life, and provides opportunities for citizen participation» (Zimmermann, 2000 sitert i Rolvsjord, 2010). Rolvsjord (2004) argumenterar for at empowerment på eit samfunnsnivå som regel er knytt til demokrati, og slik tildeling av ressursar, som til dømes helsetenester, skule og informasjon. Empowerment kan slik gjelde både individuell

endring i tillegg til endringar i samfunnet (Kloos et al. 2012). Ser ein på brukerar i rusbehandling kan ein ha empowermentprosessar som involverar den enkelte brukaren, men også prosessar som går på eit fagpolitisk plan.

3.4 Brukarmedverknad:

Brukarar har rett til å medverke, noko som betyr at tenesteytar har plikt til å involvere brukaren. Brukarmedverknad har også ein eigenverdi, ein terapeutisk verdi og er eit middel for å kunne kvalitetssikre tenester (Helsedirektoratet, 2017b). Helsedirektoratet peiker også på at brukaren må bli sett på som ein likeverdig partner i diskusjonar og avgjersle som omhandlar brukaren sitt problem. At brukaren er likeverdig vil seie at han har bestemelsesrett over sitt eige liv der hjelp skal vere på brukaren sine eigne premissar. Dette er ein del av eigenverdien i omgrepet.

Helsedirektoratet utdjupar dette:

I tillegg har brukarmedvirkning en egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet. Dersom brukeren kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon. Dette vil kunne bidra positivt til brukerens bedringsprosess, og således ha en terapeutisk effekt. I motsatt fall kan den hjelpeløsheten mange brukere opplever bli forsterket. (Helsedirektoratet, 2017b).

For at brukarmedverknad skal kunne vere eit middel for å kunne kvalitetssikre tenester medfører dette at ein anerkjenner brukaren sine kunnskapar om eige liv og at brukaren blir sett på som «ekspert» på seg sjølv. Ei slik ekspertrolle kan også vere ein ressurs hos brukaren som også kan gje rom for ei kjensle av meistring.

3.5 Musikkterapi:

Innleiingsvis nemner eg min bakgrunn og utdanning innanfor ein humanistisk tradisjon. Ein humanistisk tradisjon inneber eit fokus på mennesket i sentrum, der aspekt som ressursar og meistring blir viktige faktorar. Eg vil i denne oppgåva sjå musikkterapien frå eit ressursorientert perspektiv (Rolvsjord, 2010). Dette er fordi aspekt som brukarstyring, meistring, fokus på ressursar framfor behandling og likeverdige relasjonar er viktige for meg i mi forskning og korleis vi utarbeidde musikkterapitilbodet.

Den ressursorienterte musikkterapien fokuserar på fostring av styrker, resursar og potensial (Rolvsjord, 2010, s.74), dette inneber at ein set klienten sine ressursar i sentrum. Ressursar kan kome frå politiske eller økonomiske system i tillegg til individet sine evner og moglegheiter for deltaking (Rolvsjord, 2010). Det dette understrekar er at ressursar er knytt til kulturell og politisk kontekst. Dei ressursane vi snakkar om her kan til dømes vere musikalske ressursar, som inkluderer kompetanse og potensiale i forhold til å spele eit instrument, kunnskap om ulike songar og repertoar eller songstemme. Musikalske ressursar er også knytt til korleis ein brukar musikk i kvardagen., men kan også vere kva moglegheiter og kva som er tilgjengeleg for den enkelte (Rolvsjord, 2010). Eit døme på dette er tilgang til musikkteknologi; avspelingsutstyr, instrument og moglegheiter for å delta i kor, korps osv. Det er også viktig å legge vekt på at i musikkterapi treng ein ikkje avgrense synet på ressursar til musikalske ressursar. Musikkterapi kan vere ein mogleg arena der andre styrker og ressursar kan bli anerkjend og utvikla (Rolvsjord, 2010).

Rolvsjord (2010) argumenterar for samarbeid heller enn intervensjon i terapi. Eg ser på dette som at ein ser på klienten som ekspert på seg sjølv og at ein slik i samarbeid med klienten kan finne ut korleis ein kan hjelpe klienten. Rolvsjord (2010) dreg fram likskap, gjensidigheit og deltaking som er aspekt som kjenneteiknar samarbeid. Likskap i denne samanhengen betyr ikkje at der ikkje er forskjellar på terapeut og klient. Det betyr snarare at ein har eit delt ansvar, men ulike roller i terapien (Rolvsjord, 2010). Ressursorientert musikkterapi ser på individet i ein kontekst (Rolvsjord, 2010) Vi må derfor sjå individet i samspel med ein kontekst og eit samfunn for å ha eit heilskapleg syn på menneske. I musikkterapien kan også klienten sin bruk av musikk utanfor terapi vere med på å kontekstualisere terapien, dette skapar moglegheit for å bruke dei musikalske erfaringane er får i musikkterapi i dagleglivet (Rolvsjord, 2010).

4. Mine funn

Eg vil i dette kapitelet legge fram mine funn i studien. Her vil eg fortelje kva dei tre deltakarane reflekterte rundt i vår samtale om musikkterapi og meistring. Eg har valt å organisere funna mine etter deltakar. Dette i tillegg til fiktive namn er for at lesaren skal kunne danne seg eit bilete av deltakarane som ulike personar. Det er desse personane sine opplevingar som dannar kvart sitt case og eg har derfor valt å presentere case for case i ein narrativ stil. I sitat av dialog har eg valt å bruke mitt eige namn, dette er både fordi eg har fleire roller i denne settinga, men også for å få fram at dette er ein samtale der eg som forskar og musikkterapistudent er likestilt med deltakarane i prosjektet. Eg har også prøvd å halde meg så nært som mogleg til kva deltakarane har fortalt i presentasjonen av funna, ord som står framheva i «...» er ord deltakarane sjølve har brukt i intervjuet. Eg har analysert og organisert funna for å svare på problemstillinga mi: **«Korleis opplev brukarar under avrusing eit musikkterapitilbod? Korleis forstår dei meistring og kva erfaringar av meistring har dei i musikkterapien?»**.

4.1 Inga:

4.1.1 «Kva tenker du når eg seier meistring?»

For å undersøke meistring i denne settinga var det viktig for meg å finne ut av korleis deltakarane definerer meistring. Inga definerer meistring som «det å prøve»:

Inga: Nei altså meistring det er jo det at ein vertfall prøver og tørr, prøvar å meistre ting, altså dei fleste har vel kanskje litt lite tru på seg sjølv. Men så får du jo utfordringar når du er her for eksempel, og på eit eller anna tidspunkt så må du prøve å meistre det og komme gjennom det. Ja, du kan la vere, men du kjem ingen veg med det.

Her ser Inga på meistring som ein føresetnad for å kome vidare og for endring. Ho meina at dersom ein prøver og feilar, så vil ein til slutt klare det. Ho peikar også på at det er fleire i denne settinga som har «lite tru på seg sjølv», noko som understrekar viktigheita av meistring i denne konteksten.

4.1.2 «Korleis opplevde du musikkterapitilbodet?»

Inga oppfatta timane som eit «positivt avbrekk» i kvardagen på klinikken. Det er ikkje alltid det er så mykje på programmet og ho ser på musikk som noko som kan «fenge dei fleste». Ho trur at musikk og musikkterapi kan vere meir «lystbetont» enn mange andre ting på programmet også kan gjere noko med korleis ein oppfattar tilbodet. Inga meiner at musikk «gjer noko med folk

innvendig» enten ein syng med eller høyrer på. Eg ser på dette som ein av dei oppfatningane som gjer at musikkterapi kan vere noko for dei fleste, enten ein treng eit positivt avbrekk eller noko anna. Inga trur likevel at deltaking vil variere ut frå kva gruppe som er innlagt på klinikken og kven som er interesserte. Kva grupper som er innlagt oppfattar eg som at ho meiner litt alt etter form og kva problem den enkelte slit med. Inga fortel at ved å delta på aktivitetar og på musikkterapi følte ho seg meir «inkludert» i miljøet på klinikken. Ho trur at dei som ikkje er med på slike tilbod kanskje kan «føle seg litt utanfor og ikkje inkludert».

Inga hadde ingen forventingar til musikkterapi og dette syns ho gjorde det litt vanskeleg å delta i starten. Ho trur at årsaka til dette var at det ukjende skapte ei forventning av eit prestasjonspress. Dette seier ho vart avkrefra veldig fort då ho først deltok på musikkterapi. Inga skildra det som at ho «glei greitt inn» og at songar ho hadde høyrte før også gjorde dette lettare. Noko ukjend kan for mange gjere at ein blir litt tilbakehalden, det kan også gje ulike fysiologiske responsar noko som Inga fekk oppleve. Ho fortel ho vart nervøs, begynte å svette og fekk ei kjensle av å «skjemme seg ut», men Inga syns også dette gjekk fort over. Eg tolkar dette som at det var dette prestasjonspresset som gjorde at Inga vart nervøs, men at ho fekk kjenne på at ho meistra situasjonen slik at ho byrja å slappe meir av etter kvart.

Inga fortel at det å delta på musikkterapigruppa har vore veldig positivt for ho. Ho forklarar kvifor ved å reflektere rundt musikkterapi som ein meistringsarena:

Inga: Eg veit ikkje om det betingar at du er glad i musikk og likar å høyre på det, men på den andre sida så er det jo ein del ting som vi som er her ikkje meistrar og då er musikk ein veldig bra ting å ha. For dei fleste føler sikkert at dei meistrar det. At det er ein positiv ting i kvardagen kan du sei, når vi er her. Ein kan tenke på det vidare at det klarte vi å få til.

Her visar Inga til at eit lågterskel aspekt er viktig for å skape denne meistringsarenaen. Inga skildra musikkterapigruppa som noko som har vore med på å «trekke opp litt» slik at opphaldet på institusjonen har blitt betre. Etter timane følte ho seg «glad og oppløfta», noko som eg tolkar som at musikkterapi var med på å gjere hennar kvardag betre. Inga var glad for at ho kunne hjelpe med prosjektet, men syns det er synd at tilbodet er over sjølv om ho sjølv ikkje skal vere der så mykje lenger.

4.1.3 «Gjorde du deg nokon meistringsopplevingar i musikkterapitimane?»

Inga gjorde seg ulike meistringserfaringar på desse musikkterapitimane. Desse gjekk i hovudsak ut på det å ha prøvd noko nytt og at ho følte seg glad og oppløfta. Ho opplev at meistring i musikkterapi kan blant anna gjere at du får «meir tru på deg sjølv», at du blir litt meir «open og friare». Eg spurte om dette kunne gjere at ein er meir villig til å prøve nye ting. Dette var Inga heilt einig i og trur også at det kan bidra til ei meir «positiv innstilling til ting». Dette ser eg kan ha stor betydning når det kjem til blant anna motivasjon. Inga fortel at der var også gongar då ho ikkje følte at ho orka å vere med, dette kunne vere på grunn av form eller humør, men når ho då vart med likevel vart det til noko positivt. Ho fekk tankane over på andre ting og vart i betre humør.

Kristin: Men det vart til noko positivt likevel?

Inga: Ja, fordi der er jo andre ting du heller ikkje har lyst til der og då, men som du veit at det kjem tilbake. Ja det er ikkje alt du slepp unda og jo meir du ryddar opp i eige «reir» jo betre får du det. Derfor tenkte eg: gå inn der og sjå om det ikkje hjelper på litt her no.

Kristin: Og korleis følte det?

Inga: Eg syns det var greitt liksom. For eg trur det var ein song eg likte og kunne og så plutselig så tenkte eg: «oi! Her er det berre å syngje, få ut lufta og slappe av litt». Så vart det greitt.

Til tross for ein dårleg dag prøvde Inga å vere med, og i dette tilfelle vart det positivt for ho. Ho peikar på at det som var til hjelp for ho var ein kjend song, som ho likte og kunne. Inga fortel at noko av det som gjorde at ho kom likevel var dårleg samvittigheit for at ho ikkje stilte opp både for dei andre på gruppa og for meg som musikkterapeut. Inga trur det er bra med eit slikt «friminutt» på klinikken fordi det er mange vanskelege situasjonar som skal ordnast med, alt ifrå jobbsøknadar til personlege telefonar og det kan vere godt med eit positivt avbrekk. Musikkterapi kan hjelpe ein på ulike måtar, her er det mellom anna noko som får «tankane over på andre ting». Ein er i ein aktivitet her og no, som då står i kontrast til eit problemfokus ein lett kan få i behandlingssituasjonar.

Inga trur også at meistringsopplevingar i musikkterapi kan gje ringverknad til andre områder.

Kristin: Har du noko tankar om korleis musikk og musikkterapi kan gje rom for slike meistringsopplevingar?

Inga: Det kan jo og vere ein start på andre ting. Altså klarte du dette, som du kanskje kvitte deg til, ok så kan vi klare noko anna og, som du kanskje også kvir deg til.

Inga skildra musikkterapi her som noko som kan gje «ringverknadar». Det er noko nytt og spennande, som kan gjere ein litt usikker. Det kan ifølge Inga gjere ein litt tilbakehalden i ein sånn setting og dei settingane ein meistrar involverar gjerne rusen. Ho trur at desse meistringsopplevingane kan gje ringverknadar til andre områder. At ein er meir «positiv til å prøve nye ting» og at ein får litt meir «tru på seg sjølv» og blir meir «sjølvsikker» etter kvart. Ein har meir tru på at ein kan klare utfordringar etter kvart som ein prøver og ser at ein meistrar.

4.2 Marita:

4.2.1 «Kva tenker du når eg seier meistring?»

Marita ser på meistring som det å «prøve ting».

Marita: Meistring. For meg så er det litt det å prøve ting. Eg treng ikkje nødvendigvis å vere best i det, men berre det at ein deltek og prøvar. (...) Det må vere det at eg gjer noko som eg eigentleg har sagt at eg ikkje skal gjere og så gjer eg det. Uavhengig av om eg likar det eller ikkje, men ofte så er det kanskje slik at eg likar det.

Marita ser slik vekk ifrå prestasjonsaspektet av meistring, men fokusera på forsøket i seg sjølv. Ho ser på «deltaking» og «det å gjere noko uventa», som det å mestre noko. Det at ho gjer noko som ho sjølv kanskje ikkje hadde forventa i utgangspunktet gir ho på denne måten rom for meistringsopplevingar.

4.2.2 «Korleis opplevde du musikkterapitimane?»

For Marita var musikkterapi ein slik uventa ting som ho i utgangspunktet ikkje trudde ho ville like eller vere med på. Ho vart slik «positivt overraska» over musikkterapi.

Marita: Eg syns det var kjempe kjekt. Eg sa: «nei eg skal ikkje vere med», fordi eg har hatt eit slikt personleg forhold til musikk og tenkte at det blir for personleg for meg. Derfor så sa eg nei, men så har eg liksom då prøvd i det siste å tenke det at eg kan jo ikkje sei at det ikkje går før eg har prøvd. Og eg likte det jo med ein gong.

Eg tolkar dette som at ho var redd for at det ville bli ein for nær og intim oppleving å dele hennar forhold til musikk med resten av gruppa. Marita påpeikar at noko av det som gjorde at ho likte musikkterapi var at dette var ein trygg arena der dei andre deltakarane ikkje fokuserte så mykje på kvarandre og ikkje kom med kritikk til korleis ein syng eller spelar. Dette seier Marita at gjorde det lettare og kjekkare å vere med. Eg oppfattar dette som at lågterskelaspektet og det at fokuset i

gruppa ligg på deltaking og ikkje prestasjon, var viktig for at Marita skulle få ei positiv oppleving.

Det viste seg at forventning til musikkterapi også hang saman med deltaking på gruppa.

Marita: Eg veit eigentleg ikkje heilt kva eg hadde forventa. Eg tenkte berre det at «nei, det kjem eg sikkert ikkje til å like». Utan å eigentleg tenke noko spesielt over det. Eg hadde vel eigentleg forventa at eg ikkje kom til å ville delta og at eg heller berre ville sitte å høyre på. Kanskje ikkje delta i det heile tatt og det ville eg ikkje synest var så kjekt kanskje.

Dette var ein ganske vanleg forventning. Det var mange andre som vart med på gruppa, men uttrykte at dei berre ville høyre på. Dette er i seg sjølv også ein fin måte å delta på, men dei fleste enda opp med å strekke seg etter eit songhefte eller synge med på dei songane dei kunne. I likskap med Marita her. Marita trur ikkje det hadde vore like kjekt å «berre høyre på». Ho fortel at ho tenkte etter kvart i timen at ho og «ville ha det kjekt å syngje med». At der er musikk ein likar legg Marita vekt på som viktig. Ho trur det hadde blitt «kjedeleg dersom ho ikkje hadde høyrte nokon av songane før». Det at ho kunne velje songar syns Marita var veldig positivt. Ho fortel ho ikkje hadde sett føre seg korleis det skulle vere, men hadde ikkje forventa at ho skulle like det så godt som ho gjorde. Eg oppfattar ut ifrå dette at preferansebasert musikk og brukarstyring i gruppa var viktig for Marita.

Korleis ein føler seg etter musikkterapi er også eit relevant tema for opplevinga av musikkterapi. Marita hadde ei augeopnande oppleving:

Kristin: Gjorde musikkterapien noko med korleis du følte deg etterpå?

Marita: Ja, spesielt den der med at eg følte at: eg kan jo gjere kva eg vil! Nei vettu ka no skal eg ikkje stopper her (ler litt). Eg blei litt sånn der at det vart litt augeopnande eigentleg

Eg tolkar dette som at Marita vart positivt overraska over musikkterapien og at dette gav ho ei meistringskjensle som har innverknad på motivasjonen. Det at ho i utgangspunktet ikkje trudde ho ville delta gjorde nok denne opplevinga endå sterkare.

4.2.3 «Gjorde du deg nokon meistringsopplevingar i musikkterapitimane?»

Marita gjorde seg også meistringsopplevingar i musikkterapitimane.

Marita: Eg gjorde liksom noko stikk motsett av meg. Eg veit ikkje, eg følte at eg på ein

måte godtok meg sjølv, altså mi stemme. Ikkje stemme på den måten men, ja eg veit ikkje. Det var veldig meistring for meg. For eg hadde tenkt «ja eg skal vere med, men eg kjem ikkje til å syngje» men så song eg. Eg følte at eg berre hoppa litt i ting, var med og syns det var kjekt. Og for meg som pleier å sitte aleine på eit rom sant. Og ja, eg likar å høyre på musikk og det kan gi meg glede og alt sånn, men å kunne dele det å vere saman det hadde eg ikkje trudd eg skulle like. Eg trudde det skulle vere så skummelt, men det var ikkje skummelt i det heile tatt. Eg har aldri gjort noko sånt.

Marita påpeikar at mykje av det vi gjer, «ikkje hadde vore like kjekt aleine». Ho syns det var kjekt med nye ting og kjekt å ha nokon å dele opplevinga med. Marita seier at det å velje kjende songar er noko som kan vere med på å gje rom for slike meistringsopplevingar. Både i og etter musikkterapitimane fortel ho at ho kjende seg glad. Det gjorde ingenting at musikken kanskje var personleg, men då var det viktig for ho at det var ho som hadde kontroll over det og at det var knytt opp mot noko positivt. Marita seier at det er litt «annleis i ein slik gruppesetting». Det «startar ikkje tankekjøret på same måte» fordi det er ein fellesoppleving og ein syng ein song og går så gjerne vidare til noko anna.

Kristin: er det slik at musikken kan starte eit tankekjør eller slike ting?

Marita: Ja det kan starte eit tankekjør. Og tekstar, altså eg lar musikken styre på ein måte: «du har rett i det der, vettu ka!». Så kan eg styre dagen min ut ifrå ei låt. Både positivt og negativt, men det har mykje med dagen å gjere. Her når settinga på ein måte at ein gjer ting saman, så følte eg ikkje at det var fare for det. For det var ein slik fellesgreie, det er ikkje slik at du sit å tenker aleine på rommet og slikt. Det blir liksom litt annleis når ein er i ei gruppe.

Marita påpeikar her at gruppa gjer at ein oppfattar musikkterapi på ein anna måte. Ein får også ei anna opplevinga av musikken i ein slik setting.

Marita: Det er jo liksom det at som oftast så likte jo alle dei songane som vi valde og då var det liksom felles at vi liker desse songane. Alle kan jo ha sine egne tankar om dei ulike songane. Eg kjenner jo ikkje dei andre sine tankar, men det vart litt meir: den songen er fin og vi liker den alle saman.

Marita ser på erfaringane i musikkterapi som nyttige. Dei har vore spesielt nyttige i forhold til å

finne aktivitetar og interesser. Dette er for Marita viktig for å kunne finne eit «innhaldsrikt liv utan narkotika». Ho ser tilbake på livet sitt og ser mange moglegheiter ho har gått glipp av og sagt nei til. Ho har fått mykje meir på programmet etter at ho vart meir eit «ja-menneske». For Marita er det viktig å finne noko ho likar å gjere som ho kan fylle dagen sin med. Ho ser no litt meir positivt på framtida. Marita fortel at for ho har dette stor overføringsverdi til livet hennar generelt. Ho vil framover satse på å «gje ting ein sjanse og prøve før ho bestemmer seg». Dette ser ho på som ei positiv endring. Marita blir emosjonell og får tårer i auga når vi snakkar om dette. Ho fortel at det er fordi ho var så nære på å ikkje bli med, men at ho følte seg letta over å ha vert med. Ho seier at ho vil ikkje gjere dette meir, det å la moglegheiter gå frå ho. Ho er derfor glad for at det går ann å «endre mønster og val» og glad for å ha turt å bli med til slutt. I etterkant fortalde dei tilsette på avdelinga at Marita hadde sett stor pris på å få vere med på prosjektet. Det at eg trudde ho hadde mykje å bidra med gav ho endå ei meistringsoppleving.

4.3 Monica:

4.3.1 «Kva tenker du når eg seier meistring?»

Monica stiller meg eit spørsmål før vi har snakka om noko anna «kva tenker du om meistring?». Det er ikkje det at eg ikkje vil svare, men bestemmer meg for å vente til Monica har reflektert litt rundt kva ho trur meistring er.

Monica: Meistring. Det er vel at du klarer noko, du meistrar altså du klarer å få gjort noko eller du meistrar å gjere noko. Har eg rett eller har eg feil? Eg er ikkje sikker (begge ler)

Her snakkar Monica om meistring som det å prestere eller få noko til. Vi snakkar litt vidare saman om eit litt utvida meistringsomgrep, der meistring også kan vere korleis ein møter stress, problem og utfordringar. Monica forklarar hennar forståing av meistringsomgrepet ved å snakke om gongar ho følte ho ikkje meistra situasjonen.

Monica: Dersom du har eit problem, så dersom du klarar å takle det problemet så meistrar du jo det. Altså dersom du har angst for eksempel. Kan jo forklare når eg gjekk inn på eit senter så følte eg at eg ville svime av. Så tvang eg meg sjølv for at eg skulle meistre det å klare å gå der inne, men så klarte eg ikkje det. Eg meistra ikkje. Eg klarde ikkje å gjennomføre det. Då har eg jo ikkje meistra. Eg klarde ikkje det eg ville gjere.

Monica fortel her at ho kjenner på meistring dersom ho klarar det ho har bestemt seg for, at ho når «målet». Vi snakkar litt saman om denne situasjonen og korleis det vil vere om ein snur litt på det

slik at det kan vere ei form for meistring likevel. Berre det at ho tvang seg sjølv til å gå til senteret kunne jo også vere ei form for meistring, men dette vart gløymt når ho då ikkje klarde meir.

Monica skildrar i likskap med Inga ei oppleving av fysiologiske responsar, men for ho gjekk det ikkje over før ho trakk seg ut av situasjonen.

Monica: Du går og så kjenner du at muskulatur og alt spenner seg, så eg sa fleire gongar til meg sjølv «no slappar du av! Ro ned muskulaturen, ro deg ned!» for skuldrane var jo oppe ved øyrene liksom. Det gjekk ikkje lang tid før eg sa: «Nei vi går heim!» men då eg kom heim så gjekk det heilt greitt, for då var eg trygg. Heime då kunne eg gå rundt i huset og var heilt trygg. Hadde ikkje det problemet då.

Her skildrar Monica korleis ein kan kjenne meistring på kroppen, eller i dette tilfelle ikkje meistring. Då ho kom heim igjen gav det fysiologiske ubehaget seg, for her meistrar ho situasjonen att og kan «slappe av». Monica kjem med fleire eksempel på situasjonar der ho ikkje meistrar. Blant anna det å gå ut og treffe folk kan vere ein utfordring. Det vi fann ut i fellesskap var at det vanskelege med situasjonen var ikkje det sosiale, men det å ta initiativ til å gå ut.

4.3.2 «Korleis opplevde du musikkterapitilbodet?»

Då eg spurde Monica om korleis ho har opplevd musikkterapitilbodet startar ho å fortelje om kva musikken kan gjere med ein.

Monica: Eg er veldig glad i musikk. Musikk kan gjere deg glad, trist, gjerne ikkje trist men du kan få mykje tankar dersom du høyrer ein viss låt. Du kan få kjensler av musikk, altså enkelte ting så er det sånn du får lyst å hoppe og danse, og andre ting sitter du gjerne og tenkjer. Det kan vere minner eller det treng ikkje vere minner heller det kan vere berre musikken. Det kan vere godt og du kan ty til tårer sjølv om det er godt. Eller vondt, begge deler. Så kan du bli veldig glad og så kan du få lyst til å hoppe og danse (ler litt).

Ei slik oppleving fekk ho i musikkterapigruppa. Ein gong vi spelte av ein Leonard Cohen låt frå spotify byrja tårene å trille på Monica. Ho fortalte i etterkant at ho var ikkje trist, men det var berre «noko ved musikken som trefte ho der og då». Ho fortel at ho har vore ganske «sårbar» når ho har vore på klinikken. Dette er både godt og vondt. Godt å kjenne på enkelte kjensler, men andre kunne ein godt vore forutan.

Monica fortel at ho hadde ikkje noko forventingar til musikkterapien. Det var berre noko «nytt og spennande», som ho ville «prøve ut og sjå korleis det vart».

Monica: Ja eg syns det var heilt greitt. Eg likar å prøve nye ting. Det gjer eg. Vere med på litt forskjellig, så lenge det ikkje blir så innvikla

Monica påpeikar her noko som eg trur er svært viktig, nemleg at det er eit lågterskeltilbod. Monica seier også at for ho er det viktig at «andre er med», noko som også gjer det lettare å delta.

Monica: Eg likar det slik du har lagt det opp og slik som det er syns eg er heilt topp. Vi kan ikkje forvente allverda heller, sånn sett (...). Eg syns det er veldig kjekt dersom folk er med på det, for det trur eg ein har glede av i staden for å sitte på rommet og forskjellig sånt så trur eg dei kan ha litt glede av det. For musikk og sånt, det er for min del noko som eg likar. Eg trur dei fleste også likar det men at det kan vere mange som knyter seg og ikkje tørr vere med, at dei kvir seg for det.

Monica utdjuvar kvifor ho trur enkelte ikkje tørr å vere med. Ho trur at det er fordi enkelte er redde for at ein må prestere noko og at ein må vere med på noko ein ikkje er klar for eller har lyst til. Det var ikkje slik for Monica, ho var meir nyfiken på kva dette skulle vere.

4.3.3 «Gjorde du deg nokon meistringsopplevingar i musikkterapitimane?»

Når eg spør Monica om ho opplevde meistring i musikkterapi, når ho for eksempel var med å syngje fortel ho at ho kvir seg litt på å syngje. Ho seier ho nesten alltid berre «syng forsiktig med, nesten mumling». Ho påpeikar at det er viktig å føle seg trygg for då tørr ein meir og blir friare. Ho samanliknar det med å syngje saman med barnebarn, for då er ho ikkje redd for å dumme seg ut. Det er derfor viktig for ho i musikkterapigruppa at der ikkje er nokon form for kritikk på stemme og song, dette er med på å skape ei trygg atmosfære. Vi har begge eit inntrykk av at gruppa har ivareteke kvarandre på denne måten. Dei fleste har ein positiv kommentar på lager dersom det er nokon som snakkar ned om si eiga stemme. Monica seier litt om korleis ho følte seg på timane.

Monica: Eg syns det var veldig koseleg. Det syns eg. Ja det var ein avslappande stund. Koseleg. Og det at det er avslappande og koseleg det betyr jo veldig mykje, at du får sette deg ned å slappe av og nyte det.

Monica trur at musikken kan påverke i mange situasjonar også utanfor musikkterapi både positivt og negativt.

Monica: Altså dersom du er veldig lei deg og du høyrer på musikk slik at du begynner å grine, så er jo det litt trist. Men så kan det også vere positivt at du får ut litt reaksjonar slik at det kan bli betre etterpå. Det kan hende det kan vere vondt akkurat der og då, men det kan jo gjere at du får det betre etterpå og.

Monica trur ho hadde følt litt «lettelse etter ei slik oppleving», men tenker og at det kanskje ikkje er slik for alle. Ho meiner at ein må vere forsiktig slik at ikkje personen endar opp med å få det endå verre. Dette meiner Monica har indirekte innverknad på meistring i kvardagen. Ho tenker at dersom ein er trist eller blir meir lei seg er det vanskeleg å meistre noko, men dersom det er motsett og du får det betre med deg sjølv på grunn av musikken vert det også lettare å meistre kvardagen. Har ein det betre med seg sjølv, så blir det å meistre kvardagen enklare.

Då eg spurde Monica om desse meistringserfaringane i musikkterapi er nyttige svarar ho først nei, men når ho får tenkt seg litt meir om seier ho at dei nok er nyttige, men kanskje ikkje direkte. Ho trur det kan ha innverknad på humøret slik at det kan bli lettare å komme ut blant folk. Ho ser på musikk og musikkterapi som noko som kan gje ein eit «lite puff i riktig retning», meir som ein bidragsfaktor enn som nøkkelkomponent i behandling.

Kristin: ein liten bidragsfaktor kan du sei?

Monica: Ja kanskje. Men at å tenke deg at musikken det er så mykje terapi at alt blir løyst, men gir eit lite puff. Det kan gi deg ein liten sånn trykk i nakken eller eit lite dytt, men det skal liksom meir trøkk til. Dersom du har veldig store problem trur eg det skal meir til enn musikk for å klare å komme deg vidare. Men det kan gje deg eit lite puff, så det kan vere med på å hjelpe kanskje.

Musikkterapien har også vore nyttig for Monica i den forstand at det har vore «koseleg og avslappande».

Oppsummering av tema på tvers av deltakarane:

Meistring er «det å prøve noko» og «målet»

To av deltakarane, Inga og Marita ser på meistring som det å prøve noko. Dei ser omgrepet som fritt frå prestasjonsaspektet der deltaking blir det viktigaste stikkordet. Inga ser på dette forsøket som ei føresetnad for endring. Ho skildrar korleis mange i rusbehandling har lite tru på seg sjølv, men at ein må prøve å meistre utfordringar som kjem undervegs. For Marita er det gjerne også noko uventa, som ho i utgangspunktet ikkje trudde ho kom til å gjere. Ho understrekar at ho ikkje treng å vere best i det, men at ho deltek og prøvar. Monica ser på omgrepet frå motsett kant. For ho er meistring det å klare noko eller å nå eit visst mål. Ho forklarar det ut frå eit problemperspektiv. Inga har også eit problemperspektiv, men for ho handlar det meir om å gjere eit forsøk på å takle problemet enn å faktisk «nå målet».

Musikkterapi som ei positiv oppleving

Alle tre deltakarar hadde positive opplevingar av musikkterapitilbodet. Inga skildrar det som eit slags «friminutt», eit positivt avbrekk i kvardagen på klinikken. Ho ser på musikkterapi som noko som kan vere meir lystbetona enn mykje anna behandling. Det «trekk opp litt» i kvardagen. Inga fortalde også at etter musikkterapitimane følte ho seg glad og i betre humør. Ho følte seg også meir inkludert i miljøet på klinikken ved å delta. Ho trur ein av grunnane til dette er at musikken gjer noko med alle, enten ein er med på gruppa eller ikkje. Eg oppfattar dette som at ho ser på det som at alle har eit forhold til og likar musikk på ein eller annan måte. Dette synet delar Monica. Ho skildrar korleis musikk kan påverke ein og vekke kjensler. Desse kan vere både positive og negative, men Monica trur også at det kan vere godt å kjenne litt på dei negative kjenslene også. Få det ut av systemet på ein måte. Marita var redd musikkterapi skulle vere ei for personleg oppleving, men oppdaga at det å dele musikken i ei gruppe gjorde at fokuset ikkje låg på det personlege noko som gjorde opplevinga annleis enn det ho trudde det skulle bli. Marita syns det var ei veldig kjekk oppleving. Nokre av hovudfaktorane som bidrog til dette var at gruppa var ein trygg arena der ein ikkje hadde fokus på prestasjon, men eit her og no fokus. Monica skildrar musikkterapitilbodet som «ei koseleg og avslappande stund».

Musikkterapi som ein trygg og motiverande arena for deltaking

Det var ulike faktorar som deltakarane drog fram som viktige i forhold til deltaking. Forventningar kunne påverke deltakinga generelt og for å skape ein trygg og motiverande arena for deltaking var preferansebasert musikk og det å vere i ei gruppe viktig.

Forventningar til musikkterapi var ein faktor som deltakarane syns gjorde det litt utfordrande å delta første gongen. Inga forventa eit prestasjonspress, noko som gjorde at ho var litt nervøs i starten. Dette gjekk fort over då ho oppdaga att ho meistra situasjonen likevel. Monica sin forventningar gjekk ut på at det var noko nytt og spennande som ho kunne tenke seg å prøve, men ho trur også at enkelte kanskje forventar eit prestasjonspress fordi dei ikkje veit kva dei går til og at enkelte då vel å ikkje delta. Marita hadde forventa at dette var noko ho ikkje ville like. Ho trudde ho ikkje ville vere med, men at ho kunne berre sitte å høyre på. Då ho deltok første gongen var ho litt tilbakeholden i starten, men var raskt med å velje songar og song med resten av gruppa. Desse tre vart med til tross for desse negative forventningane, men dei påpeikar at det kan vere noko som gjer at enkelte andre ikkje vil vere med.

Preferansebasert musikk var ein faktor som vart drege fram som viktig som motivasjon til å delta. Marita fortel at ho først ikkje ville delta, men berre sitte å høyre på. Etter kvart innsåg ho at ho «ville ha det kjekt å syngje med ho og». Marita trur ikkje det hadde vore like kjekt om ho ikkje hadde sunge med og trur at det hadde vore «kjedeleg» dersom ho ikkje hadde høyrte nokon av songane før. Inga fortel om ein dag ho eigentleg ikkje orka å vere med, men etter litt overtaling frå personalet og ein song ho kjende så vart ho med likevel. Monica fekk ein emosjonell oppleving av ein song ho kjende godt til som berre «trefte ho der og då». Eg tolkar det slik at preferansebasert musikk var med på å gjere det lettare å delta på gruppa.

Det å vere i ei gruppe i seg sjølv viste seg og å vere viktig i det å skape ein trygg arena, som motivera til deltaking. Marita seier at det «ikkje hadde vore like kjekt aleine». Ho trur heller ikkje ho hadde blitt med i utgangspunktet om det hadde vore individuelle timar fordi musikken er noko veldig personleg for ho. Eg oppfattar dette som at ho ser på det som noko veldig nært og intimt, som kan vere utfordrande i ein individuell setting. Marita seier at ho vart overraska og at det ikkje vart personleg, noko ho forklarar med at «det blir annleis i ein slik gruppesetting» blant anna fordi at «det startar ikkje tankekjøret på same måte». For Monica var det også viktig at andre er med. Ho

seier ho ikkje hadde gått dit aleine og at det er lettare å sleppe seg laus når andre er med. I tillegg dette likar Monica å vere sosial og at gruppa skal ha det koseleg ilag. Både Monica og Marita påpeikar at det er viktig at gruppa skapar ein trygg arena, for å syngje «må du liksom vere i trygge forhold og føle deg trygg». At der ikkje er mykje fokus på stemme og prestasjon, men at «det er ei meir sånn felles greie» .

Meistringserfaringar i musikkterapi kan gje ringverknadar

Inga gjorde seg meistringserfaringar som gjekk ut på det å prøve noko nytt. Ho meiner at det kan gje motivasjon til å prøve nye ting. Det kan fungere som eit springbrett, «klarar du dette (...) kan du klare noko anna og». Inga meiner også at det kan bidra til at ein får meir tru på seg sjølv. Marita opplevde også meistringserfaringar i musikkterapi. Ho følte ho kunne vere seg sjølv og sleppe seg laus i timane. Det at der var kjende songar å velje mellom bidrog også til meistringsopplevingar. Det at ho gjorde noko nytt og uventa gjorde også at ho kjende på meistringsopplevingar, ho gav det eit forsøk og likte det i prosessen. For Marita er desse erfaringane nyttig i det at ho har fått ei meir positiv innstilling til å prøve nye ting og at ho har aktivitetar og interesser som ikkje treng involverer rus. Etter musikkterapi fekk Marita ei kjensle av at ho kan gjere kva ho vil. Det at ho vart positivt overraska over musikkterapien gav ho motivasjon til å kunne prøve nye ting. Monica snakkar om meistring på ein annan måte enn dei to andre. Ho snakkar gjerne meir om det ho føler ho ikkje meistrar enn det ho faktisk meistrar. Ho snakkar om musikkterapigruppa som ein trygg og koseleg arena, noko som eg tolkar til at ho kjenner på at ho meistrar denne settinga, både sosialt og musikalsk. Monica reflekterar rundt korleis musikk og musikkterapi kan vere ein indirekte innverknad på meistring i kvardagen, ved at ein får utløp for ulike kjensler gjennom musikken. Ho ser på desse meistringserfaringane som nyttige i den forstand at det kan gje ein eit lite «puff» i riktig retning, meir som ein bidragsfaktor enn som nøkkelkomponent i behandling.

5. Drøfting og refleksjon

Funna frå denne studien fortel om korleis deltakarane opplev og tenkar om meistring og musikkterapi. Eg har undersøkt dette gjennom semi-strukturerte intervju med tre brukarar i rusbehandling, som har delteke på musikkterapigruppe, samt å sette meg inn i litteratur på emnet. Eg vil først gje ei kort syntese av funna frå analysen før eg vil drøfte desse funna i lys av teori og forskning. Eg vil også inkludere implikasjonar for praksis og vidare forskning, samt kritikk av mi eiga masterstudie.

Det første som vart identifisert var korleis deltakarane forstår meistringsomgrepet. Det omfattar meistring som «det å prøve noko» og «å nå eit mål», samt opplevingar av kva det vil sei å meistre noko og kva det inneber å ikkje meistre ein situasjon. Vidare ser studien på korleis deltakarane opplevde musikkterapitilbodet. Dette inkluderer musikkterapi som; eit positivt avbrekk, friminutt, inkludering i miljøet, ein trygg arena og noko nytt og spennande. Til slutt ser studien på kva meistringsopplevingar deltakarane hadde i musikkterapitimane. Desse opplevingane gav deltakarane meir tru på seg sjølve, gjorde dei meir positive til å prøve nye ting, oppleving i fellesskap, eksperterolle og moglegheit for å kjenne på ulike kjensler.

Deltakarane set ord på mange viktige aspekt i musikkterapien og kva tema som kan vere av betydning i deira betringsprosess. Mange vil kanskje tenke at deltaking som grunnlag for meistring er noko sjølvagt, men kva er det som bidreg til at ein deltek? Vi ser at meistring er viktig i mange samanhengar, men ein får ikkje moglegheit for å meistre dersom ein ikkje deltar. Deltakarane peikar på at eit fellesskap i gruppa, preferansebasert musikk og forventningar til musikkterapi er faktorar som spelar inn på deltaking. Dette påverkar også om ein har ein trygg og motiverande arena som skapar moglegheiter for meistring. Deltakarane sine definisjonar på meistring viser til at meistring kan bli sett på ein føresetnad for endring. Det ein snakkar om i denne samanheng er starten på ein endringsprosess, men det er viktig å tenke på at endring tek tid. Ein kan også sjå funna i samanheng med empowermentomgrepet, her vil eg legge fram nokre argument for kvifor eg meiner at det kan vere slik i denne samanhengen. Musikkterapi kan også brukast som meistringsstrategi på mange ulike måtar, eg vil skissere dei som var mest tydelege hos deltakarane.

5.1 Deltaking som grunnlag for meistring

For å kunne oppleve meistring i musikkterapi må ein nødvendigvis delta, men å delta betyr ikkje nødvendigvis at ein meistrar. Studien peiker på faktorar som kan vere viktige i forhold til korleis ein legg til rette for meistring i musikkterapi. Dei faktorane som viste seg å vere særskild viktige var gruppedynamikk, preferansebasert musikkutval og lågterskelaspekt. Det kom også fram at forventningar til musikkterapi kan påverke deltaking.

Stensæth og Jenssen (2016) reflektera rundt omgrepet deltaking. Dei skildrar «musikkdeltaking» som noko som «fører til inkludering i et fellesskap og det skapes positive verdier og motivasjon både for individ og samfunn» (Stensæth & Jenssen, 2016, s.28). Vi ser her at deltaking fører til inkludering i eit fellesskap. Eg vel å sjå dette i lys av studien der funna tilseier at ein også kan snu på dette og seie at ei gruppe eller eit fellesskap inviterar til deltaking. I studien seier deltakarane at dei ikkje ville delteke på musikkterapi dersom der ikkje var andre til stade. Kvifor dette er slik seier ikkje studien noko eksplisitt om, men deltakarane fortel at det er viktig med ein trygg arena for å kunne tørre å delta. Ein kan derfor kanskje sjå på gruppa som ein faktor som skapar denne trygge arenaen.

Kari Lossius (2012) identifiserar ulike dimensjonar eller eigenskapar som kjenneteiknar ei velfungerande gruppe i gruppeterapi. Respekt og tilhøyrighet er to slike dimensjonar. I ei slik musikkterapi-gruppe vil også desse dimensjonane vere viktige for å skape ein trygg arena som er motiverande og inkluderande å delta i. Respekt i denne settinga kan vise seg ved at ein respekterer andre sine ressursar og val og akseptera at ein har ulike bakgrunnar både musikalsk og sosialt. Funna i studien peikar på at det er viktig at ein ikkje har eit fokus på prestasjon, ein treng ein arena der alle kan delta utan tanke for musikalske ferdigheiter. Dette inneber at ein fokusera på ei fellesoppleving i staden for enkeltstemmer og musikalske prestasjonar. Dette skapar rom for prøving og feiling utan å vere redd for å «dumme seg ut».

Å godta at ein har ulik bakgrunn musikalsk er viktig for å kunne ta i bruk preferansebasert musikkutval. Funna i studien peikar på at preferansebasert musikk er ein viktig faktor i deltaking. Ser ein dette frå ei ressursorientert tilnærming kan preferansebasert musikk vere ein musikalsk ressurs (Rolvsjord, 2010). Ein får moglegheit til å dele sin musikalske bakgrunn med andre samt at ein har og kan vise fram ein musikalsk kompetanse og repertoar. Gruppa i seg sjølv kan også sjåast som ein

ressurs. Ein blir kjend med andre på ein annan måte og ein har eit sosialt støtteapparat. Eg ser at preferansebasert musikk kan også vere ein motivasjon til deltaking. Terskelen for å delta blir gjerne lågare fordi ein kjenner vertfall «sine» songar. Dette heng slik også saman med samanhengen mellom musikk og identitet (Ruud, 1998). At musikkterapigruppa er eit lågterskeltilbod er viktig. Alle kan delta med den erfaringa dei har, enten det er ein tidlegare konsertpianist eller nokon som aldri har tatt i eit instrument eller sunge ein einaste tone. Dette forutset at gruppa kan ta vare på denne mentaliteten slik at ein ikkje kjem med unødvendig kritikk eller negative kommentarar til korleis andre på gruppa spelar og syng. Deltakarane kjende seg godt ivareteke av gruppa, der dei fleste fokuserte på eiga stemme og speling.

Til tross for positive sider ved gruppeterapi peikar Monica Overå (2013) på at det er mange pasientar som opplev det som vanskeleg å delta i ei gruppe. Ho viser til at pasientar fortel at dei har vanskeleg for å delta på grupper fordi dei har til dømes negative erfaringar med gruppeterapi eller har problem som sosial angst (Overå, 2013). I dette tilfelle ser eg på det som hensiktsmessig å reflektere litt nærmare rundt deltaking i musikkterapi. Kva vil det seie å delta i musikkterapi? Mange vil nok oppfatte deltaking på ei musikkterapigruppe som aktiv musisering eller samspel. Dersom brukarar og tilsette rundt har denne oppfatninga ser eg på dette som noko som kan dempe eller redusere deltaking, då dette er med på å skape prestasjonsforventningar. Funna i denne studien viser til at slike forventningar til musikkterapi kan gjere det vanskeleg å delta, sidan det gjer dei litt usikre og nervøse. Deltakarane i studien vart med på tross av dette, men det er ikkje sikkert alle klarar å trosse denne terskelen. Kan vi derimot sjå på deltaking på ein annan måte kan dette kanskje senke denne terskelen for deltaking.

Christopher Small (1998) sitt omgrep «musicking» er eit eksempel på korleis ein kan senke terskelen for deltaking. Han ser på deltaking i musikk som: « To music is to take part, in any capacity, in a musical performance, whether by performing, by listening, by rehearsing or practicing, by providing material for performance, or by dancing» (Small, 1998, s.9). Small (1998) argumentera for at ein kan strekke omgrepet endå lenger enn dette, slik at ein kan seie at det inkluderer alle som på ein eller annan måte bidreg eller deltek i musikken. Vi kan derfor seie at den personen som sit på rommet sitt og høyrer musikken gjennom veggen eller den som vil sitte saman med oss i stova, men ikkje vil syngje på musikkterapigruppa deltek.

Overå (2013) vektlegg at fordelene ved å ha *musikk*terapigruppe er at på grunn av interessa for musikk er det mange som trosser angst og negative erfaringar frå tidlegare for å vere med. Dette viser også deltakarane i denne studien ved at dei trossa negative forventingar og vart med likevel. For mange vart nok gruppa i seg sjølv og preferansebasert musikk ein slags motvekt for negative forventingar.

Vi har no sett på ulike faktorar som deltakarane i studien knyt til deltaking. Desse faktorane legg også til rette for meistring. Som sagt over er det ikkje nødvendigvis slik at ein opplev meistring dersom ein deltek i musikkterapigruppa, men deltaking og faktorane som bidreg til deltaking kan også bidra til meistring. Kor vidt ein opplev meistring eller ikkje er nok også påverka av korleis ein forstår meistringsomgrepet. Deltakarane i studien tenker om meistring på ulike måtar, noko som også inneber at dei opplevde meistring på ulike måtar. For nokre av deltakarane handlar meistring om å delta og å prøve. Her vil det å delta i musikkterapigruppa eller det å for eksempel prøve eit nytt instrument eller ein ny song vere moglege meistringsopplevingar. Det treng heller ikkje vere ei musikkrelatert oppleving. Det kan handle om å dele opplevingar i ein gruppesetting, sosial meistring eller kanskje berre å meistre dagen her og no. Ein av deltakarane snakkar om meistring som det å klare noko. Her trur eg at fallhøgda blir større i og med at ein får ein enten eller oppleving. Ein klarar noko eller ein klarar det ikkje. Her kjem det sjølv sagt ann på kor høgt ein legg lista for kva ein skal prestere.

5.2 Meistring som føresetnad for endring

Deltakarane i studien forstår omgrepet meistring på ulike måtar. Dette er kanskje ikkje så rart då meistringsomgrepet er eit samansett og komplekst omgrep. Deltakarane snakkar om omgrepet frå to sider, frå eit prestasjonsaspekt og frå eit deltakingsaspekt. Dette samsvarar med mi oppfatning av meistring som eit paraplyomgrep som på norsk blir ein samanfatning av dei to engelske omgrepa «mastery» og «coping». Ser ein på prestasjonsaspektet viser funna til at dette handlar om å nå eit fastsett mål. Eg hevdar at dersom ein ser på meistring frå eit slikt perspektiv kan i verste fall fallhøgda bli ganske stor, dersom dei måla ein set seg er urealistiske. Dersom ein slik fortset å sette seg litt for høge krav til seg sjølv vil ein slik gong på gong føle at ein kjem til kort og ikkje meistrar det ein set seg føre. Dette kan igjen føre til at ein sluttar å prøve fordi ein ikkje føler ein får det til likevel. Dette heng også saman med meistringstru eller self-efficacy (Bandura, 1997).

Eit deltakingsorientert syn på meistring vil derimot senke krava til meistring. Her har deltakarane eit syn på meistring som «det å prøve noko». Funna i studien peikar også på at for dei deltakarane med eit slikt syn på meistring har ikkje utfallet noko særleg å seie. Ein treng ikkje vere flink i det ein gir eit forsøk for å kunne oppnå meistring. Eg tenke i utgangspunktet at det som skil desse aspekta er kvar ein legg fokuset. Frå eit behandlingsståstad ser eg på ei deltakingsorientert tilnærming som er mest hensiktsmessig for å kunne få mest mogleg opplevingar av meistring, jamfør synet på deltaking diskutert i førre underkapittel. At ein prøvar og feilar vart drege fram som ein føresetnad for å kome vidare. Eg vil på grunnlag av dette foreslå meistring som ein føresetnad for endring. Det vil ikkje sei at dersom ein meistrar skjer det ei stor endring, men eg ser på det som ein start eller eit utgangspunkt for starten på ein endringsprosess. Ser ein dette i samanheng med tydinga av behandling i TSB skal planlagde tiltak bidra til positiv endring ved å kunne redusere symptom og auke meistring (Sælør & Bjercknes, 2012). Dette understrekar at meistring er viktig i ein positiv endringsprosess. Det er viktig å understreke at all endring bør ta utgangspunkt i klienten sine ønsker, endring skjer ikkje før klienten er motivert og klar for denne endringa (Sælør & Bjercknes, 2012). Brukarmedverking er slik eit anna viktig argument i denne samanheng. Brukaren veit best kva han sjølv treng og ønsker i sin endringsprosess.

Nina Elin Andresen (2012) understrekar at det er liten grunn for å jobbe med problem dersom ein ikkje har tru eller håp om at situasjonen kan endrast. Her blir styrkinga av klienten sin eigenkompetanse viktig for å kunne styrke kjensla av self-efficacy eller tru på eiga meistring. Der er ei betraktelig mengde studiar som viser ein positiv relasjon mellom self-efficacy og utfall av rusproblem (Kadden & Litt, 2011). Dette tydar på at det er eit relevant omgrep med målgruppa, men ein veit endå ikkje kor relevant eller om ein kan styrke self-efficacy gjennom kliniske intervensjonar (Kadden & Litt, 2011). Funna i studien tydar på at deltakarane sjølve har meir tru på at dei kan klare andre liknande utfordringar etter musikkterapi. Om det faktisk har noko å seie for utfallet og for endring kan ein ikkje sei noko om utan vidare oppfølging, men det tydar på at det er eit omgrep som kan vere interessant å undersøke nærmare i denne konteksten.

5.3 Frå brukarperspektiv til empowerment

Denne studien baserer seg på brukarperspektivet. Vi har sett at deltaking er ein viktig føresetnad for meistring der fellesskapet er ein viktig faktor. Eg vil ta den eit steg vidare å foreslå at ei gruppe eller eit fellesskap kombinert med brukarperspektivet kan gje moglegheiter for empowerment.

Sjåfjell og Myhra (2015) argumentera for sjølvhjelp og likemannsarbeid som moglege verktøy for å oppnå meistring og empowerment. Dei skildrar sjølvhjelp og likemannsarbeid som «verktøy som er basert på den enkeltes brukers potensial og ressursar» (Sjåfjell & Myhra, 2015, s.139). Ein utviklar brukaren si styrke og perspektiv på eigne utfordringar og eigen situasjon ved å bruke fellesskapet og gjensidige læreprosessar (Sjåfjell & Myhra, 2015). Dette er ikkje ulikt tankane rundt bruken av ei brukarstyrt musikkterapigruppe. Her vert et brukarmedverknad og fellesskapet i gruppa saman med musikken som skal fremje brukarane sine potensial og ressursar. Ein kan kanskje slik tenke at ei velfungerande gruppe med høg grad av brukarstyring kan skape moglegheiter for empowerment.

Rolvjord (2004) argumentera for at ein skal kunne fasilitere empowerment vil det seie at ein anarkjenner klienten sine eigne ressursar og handlingar i musikkterapiprosessen og når vi snakkar om musikkterapi. Terapeuten må lytte til forteljingar om styrker og meistring, men også fortelje historiar som gir klienten anarkjenning i den forstand at hennar resursar blir synlege og blir høyrde (Rolvjord, 2004). Her ser eg at det ikkje nødvendigvis treng vere terapeuten som anarkjenner forteljingane, men at dette også kan kome frå gruppa. Dette er personar som er i same situasjon noko som kanskje kan forsterke kjensla av aksept. Funna i studien peikar på at deltakarane fekk motivasjon til å prøve nye ting, dette medførte også at nokre av deltakarane følte at ein no kan «gjere kva ein vil!». Eg vel å sjå på dette som at dersom ein anarkjenner ressursar og skapar moglegheit for meistring legg ein eit grunnlag for empowerment. Eg meiner vidare at ein i sånn måte også kan sjå på denne typen forskingsstudiar som ein moglegheit for deltakarane å oppnå empowerment. Brukarane sine historier er viktige og dei sit inne med mykje kompetanse, denne vidareføringa av kunnskap kan i seg sjølv vere grunnlag for empowerment.

5.4 Musikkterapi som meistringsstrategi

Ut ifrå funna i denne studien vil eg argumentere for at ein kan sjå på musikk og musikkterapi som ein meistringsstrategi. Dette kan sjåast i samanheng med «coping» omgrepet som omhandlar korleis ein lagar meistringsstrategiar for å tilpasse seg krevjande situasjonar eller for endring (Dijkstra & Hakvoort, 2010). Ein brukar ulike meistringsstrategiar i dagleglivet. Personar som slit med eit rusproblem har gjerne ein tendens til å bruke rusen som meistringsstrategi og treng derfor å finne andre meir konstruktive meistringsstrategiar.

Gardstrom et al. (2013) foreslår «experiential avoidance» som mogleg årsak til reduksjon av ulike psykologiske symptom i sin studie. «Experiential avoidance» går ut på at ein unngår eller undertrykker ikkje ønska opplevingar eller vanskelege kjensler, ofte ved skadelege metodar som til dømes rusbruk (Hayes, Wilson, Gifford & Follette, 1996). Ein kan kanskje seie at dette er ein form for emosjonellfokusert meistringsstrategi, men bruken av denne blir lite konstruktiv. Gardstrom et al. (2013) foreslår at ein bør finne sunnare meistringsstrategiar og foreslår musikk som eit alternativ. Funna i studien peikar på at musikkterapi kan vere ein av slik strategi. Det er nok mange årsakar til at nokon dannar seg eit rusproblem, men eg meiner at det å bruke musikk som ein meistringsstrategi kan vere ein styrke og ein ressurs.

For mange er musikken ein fristad og avkopling, so kan få tankane vekk frå problem eller vanskelege kjensler. Denne studien visar også eksempel på dette der deltakarane ser på musikkterapi som eit «friminutt» og ei koseleg og avslappande stund, der ein kjenner seg glad og oppløfta etterpå. Det er fleire studiar som visar til liknande funn (Overå, 2013; Kristiansen, 2013; Dale, 2014; Kielland, 2015). Eg ser at ein slik kan bruke musikk som meistringsstrategi på den måten at den skapar ein måte å ta «pause» frå behandlingsskvardagen, som kan vere prega av ulike utfordringar.

Horesh (2005) forklarar denne bruken av musikken som at personar med rusproblem gjerne har brukt rusen som meistringsstrategi og har gjort dette i mange år. Derfor så klarar dei ikkje å meistre dette utan noko som helst hjelp utanfrå, i dette tilfelle blir det musikken som oppfyller dette behovet (Horesh, 2005). Det ein må ta hensyn til her er at enkelte kan ha rusopplevingar knytt til musikk, slik at musikken kan fungere som ein «trigger». Musikk har ein sterk tilknytning til minner og til vår identitet (Ruud, 1998). Det kan vere gode minner som er bra for oss, men det kan også vere minner av negativ art som kan vere destruktive. Horesh (2005) påpeikar at musikk i arbeid med personar med rusproblem kan ha både helsebringande og destruktivt potensial. Musikk kan vere «farleg» i den forstand at den kan fungere som ein «trigger» dette kan vere fordi det er lettare for personar med rusproblem å bryte den fysiske relasjonen med rusen enn å bryte relasjonen med kulturen der rusen vart brukt (Horesh, 2005). For mange er slik musikken ein del av denne kulturen. Eg ser på dette som kunnskap som kan vere nyttig i arbeid med denne målgruppa. Musikkterapi kan fungere som ein meistringsstrategi, men ein må vere i dialog med brukarane om kva musikk ein kan bruke for at det skal vere konstruktivt. Funna i studien peikar på at den delte musikkopplevinga kan vere ein motvekt til dette. For ein av deltakarane var det veldig tydeleg at den delte musikkopplevinga

gjorde at musikken påverka ho på ein annan måte. Dette viser til at vi brukar musikken ulikt i ulike situasjonar.

5.5 Implikasjonar for praksis og vidare forskning

Forsking på musikkterapeutisk praksis innanfor rusfeltet i Noreg er i startfasen. Årsaka til dette kan nok blant anna vere at det er få musikkterapeutar som arbeider i feltet. Dette er ein vanskeleg spiral å kome ut av då det ikkje blir meir forskning utan fleire musikkterapeutar i området, men det er vanskeleg å få innvilga pengar til prosjekt der ein ikkje har forskning å støtte seg på. Ein kan dels argumentere ut ifrå den internasjonale litteraturen, men denne er kanskje ikkje heilt tilpassa ein norsk kontekst som har fokus på brukarmedverknad, ressurstening og recovery.

Denne studien går inn i rekka av masteroppgåver knytt til temaet (Aurlien, 2015. Bye, 2015. Hovestøl, 2007. Johnsen, 2016. Kristiansen, 2013, Overå, 2012, Rødland, 2013). Studien formidlar praksisnær forskning om musikkterapi i rusbehandling i TSB. Studiane som liknar mest på denne er Kristiansen (2013) og Overå (2012). Begge er studiar som ser på kva deltaking i musikkterapi betyr for brukarar i rusbehandling. Det er eit her og no fokus i behandling over kortare tid i likskap med denne studien. Kristiansen (2013) og Overå (2012) har funn som omhandlar tema som motivasjon, meistring, avkopling/rekreasjon og det å finne ein fristad i musikken. Min studie har liknande funn, men skil seg ut i forhold til det at det har eit snevrare fokus. Eg er interessert i brukarane sine opplevingar av musikkterapitilbodet, men med hovudvekt på meistringsomgrepet. Studien viser til at meistring er eit viktig omgrep i konteksten og er interessant å forske vidare på. Funna i denne studien peikar i retning av at meistring og musikkterapi kan vere viktig i forhold til endring, meistringsstrategiar, self-efficacy og empowerment. Dette er aspekt som kan ha stor betydning i rusbehandling slik at eg ser på det som hensiktsmessig å forske nærmare på desse omgrepa i musikkterapi i rusbehandling.

Johnsen (2016) peikar på eit behov for kjønnsesifikk forskning innanfor ruskonteksten. Denne studien vart gjort på ein kvinneavdeling, men kjønnsaspektet er ikkje behandla spesifikt. Eg ser også eit stort behov for kjønnsesifikk forskning i forhold til meistring, då det kan vere forskjellar mellom kvinner og menn i korleis ein oppfattar og tenker om meistring og i kva meistringsstrategiar ein vel å bruke. Nordfjærn, Hole & Rundmo (2010) sin studie viser at dette kan vere tilfelle. Studien viser til samanhengar mellom livshendingar og rusbruk, der det viste seg å vere forskjellar mellom menn og kvinner. Dette understrekar behovet for kjønnsesifikk forskning, då det kan ha betydning når det kjem til tilpassa kjønnsesifikke behandlingstilbod. Det kan også tenkast at kvinner og

menn treng ulik tilrettelegging for å kunne oppleve meistring i musikkterapi.

I forhold til praksisutvikling understrekar denne studien at musikkterapi er noko brukarane sjølv ønsker. Det blir også nemnt i nasjonale retningslinjer (helsedirektoratet, 2017a) at det bør leggst til rette for musikkterapi for dei brukarane som ønsker det. Dette talar for at ein bør ha musikkterapeutar på alle behandlingsstadar for rusproblem. Dette gjeld både i førebyggjande arbeid, TSB og kommunale tenestetilbod. Ein ser at masterprosjekt med tilknytning til musikkterapiutdanninga ved UIB og NMH kan fungere som ein måte å vise fram musikkterapi i denne konteksten. Ein fare med å gjere det på denne måten er at behandlingsinstitusjonane blir van med at studentar tek på seg jobben slik at det av ulike grunnar kan bli nedprioritert å tilsette ein ferdig utdanna musikkterapeut.

5.6 Avgrensingar i studien

Studien undersøker i hovudsak kunn brukarperspektivet. Dette var eit bevisst val frå mi side, då eg ville finne ut av kva brukarane sjølve tenker om meistringsomgrepet og musikkterapeutilbodet. Dette gir likevel ikkje eit fullstendig bilete på korleis ein tenker rundt meistringsomgrepet i rusbehandling. Brukarane sine egne opplevingar er viktige bidrag ettersom dei sjølv veit best kva ønsker i ein behandlingsskontekst. For eit meir heilskapleg bilete kunne ein også inkludert tilsette på klinikken, som også har moglegheit til å observere brukarane før og etter musikkterapi. Hovud metode for innsamling av datamateriale var semi-strukturerte intervju. Det kan tenkast at ein kan få anna type informasjon ved å bruke andre typar data innsamlingsmetodar. Når det kjem til meistring er det brukarane som opplev dette, men det kan også vere interessant og finne ut meir om korleis det vert til rette lagt for meistring under behandlingssopphaldet. Eg har skildra mi tilnærming i gruppa og mi orientering, men det kan også vere av interesse korleis andre musikkterapeutar og andre profesjonsgrupper legg til rette for meistring i sitt arbeid.

Det er kunn tre brukarar med i studien og alle er kvinner. Ein får slik ikkje fanga opp behov og oppfatningar som kan vere ulik mellom kjønna. Eg har ikkje fokusert på kjønnsaspektet i dette prosjektet, dette var bevisst for at fokuset skulle ligge på meistring og ikkje nokon kjønnsdebatt. Det er få deltakarar noko som kan medføre at ein ikkje får like brei kunnskap og synspunkt. Å kunn intervju tre deltakarar var bevisst for å kunne gjere ei grundigare analyse. Studien er ikkje generaliserbar i statistisk forstand, det var heller ikkje tanken. Her var tanken å kunne gå djupare inn i omgrepet meistring og deltakarane sin forståing av dette. Tjora (2017) argumenterer for at ein i kvalitative studiar treng å tenke generalisering på ein annan måte enn statistisk form for generalisering. I følgje Tjora (2017) bør alle studiar bør ha ein viss form for kunnskapsutvikling.

Alverson og Sköldberg (2009) hevdar at generalisering også kjem ann på epistemologisk standpunkt og kva ein meina med generalisering. Går vi derfor tilbake til det konstruktivistiske perspektivet vil dette medføre at kunnskapen i studien er ein konstruksjon mellom meg som forskar og deltakarane. Stake (2006) hevdar at ein som forskar har ansvaret for å gjere forskning og kontekst tydeleg for lesaren i casestudieforsking, men at «ansvaret» for å gjere ei generalisering ligg hos lesaren. Eg meiner slik at denne studien har konstruert eit bilete av korleis brukarane tenker om meistring og meistringsopplevingar i musikkterapi. Eg trur slik funna i denne studien bidreg med kunnskap om meistring og musikkterapi i ein ruskontekst, som kan vere utgangspunkt for vidare forskning og praksis.

6. Avslutning

Denne masteroppgåva vart gjennomført som ein kvalitativ multiple case study med fokus på musikkterapi og meistring. Mitt ynskje med denne studien var å kunne vise musikkterapien sitt potensial som behandlingsform i rusbehandling med eit fokus på meistring. Målet var å formidle brukarane sine syn på kva meistring er og korleis dei opplev meistring i musikkterapi. Eg såg på det som viktig å også finne ut av korleis dei oppfatta musikkterapitilbodet. Dette var fordi eg ville finne ut om denne brukarstyrte og ressursorienterte gruppa kunne vere med på å legge til rette for meistring. Problemstillinga mi vart derfor:

Korleis opplev brukarar under avrusing eit musikkterapitilbod? Korleis forstår dei meistring og kva erfaringar av meistring har dei i musikkterapien?

Deltakarane skildrar meistring på ulike måtar, dette samsvarar med at det er ulike forståingar av omgrepet også i litteraturen. Deltakarane ser på meistring som «det å prøve noko» og «det å nå målet». Funna viser til at brukarane hadde positive opplevingar av musikkterapitilbodet. Det vart omtala som eit positivt avbrekk i kvardagen på klinikken og «friminutt». Deltakarane fortel om at dei følte seg i betre humør etter timen og at dei kunne få kjenne på ulike kjensler gjennom musikken. Studien viser samanheng mellom deltaking og meistring. Faktorane som var viktige for å til retteleggje for deltaking var fellesskapet i gruppa, preferansebasert musikk og lågterkeltilbod. Forventningar til musikkterapi hang også saman med deltaking. Deltakarane fortel også om ulike ringverknadar musikkterapien kan ha. Dette hang saman med å vere meir positiv til å prøve nye ting og meir tru på seg sjølv.

Eg vil avslutningsvis konkludere med at musikkterapi har stort potensial som behandlingsform i denne konteksten. Funna viser at musikkterapi ein fin arena for å oppleve meistring og danne seg konstruktive meistringsstrategiar. Fokuset på brukar- og meistringsperspektiv i nasjonale retningslinjer, opptrappingsplanar og rettleiarar for behandling (Helsedirektoratet, 2017a, 2013; helse- og omsorgsdepartementet, 2015), viser til at det er eit behov for tverrfagleg behandling som set desse perspektiva i fokus. Funna i denne studien, støtta av relevant litteratur og andre omtalte studiar på området viser til funn som kan styrke implementering av musikkterapi i norsk rusbehandling.

Litteraturliste:

- Alversson, M & Skjöldberg, K (2009). *Reflexive Methodology – New Vistas for Qualitative Research* (2.utg) California: Sage
- Arbour, S. Habley, J & Ho, V (2011). Predictors and Outcome of Aftercare Participation of Alcohol and Drug Users Completing Residential Treatment. *Substance use and Misuse*. (46:10) (s.1275-1287). DOI: 10.3109/10826084.2011.572941
- Antonovsky, A (2012) *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Andersen N. E (2012) Motiverende samtale. Lossius (red.) *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2.utg) s. 194-221. Oslo: Gyldendal akademisk
- Askheim, O.P (2007). Empowerment – ulike tilnærminger. Askheim, O.P & Starrin, B (red.) *Empowerment – I teori og praksis*. (s. 21-33) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Aurlien, K. (2015). *Musikkterapi med personer med rusmiddelproblemer: Hva sier forskningen?* (Masteroppgåve i musikkterapi), Universitetet i Bergen, Bergen.
- Bandura A. (1997). *Self-Efficacy – The exercise of control*. New York: W. H Freeman and company
- Bergensklinikkene (2017, 23.02). Avhengighetsbehandling. Henta frå:
<http://bergensklinikkene.no/behandlingstilbud/avhengighetsbehandling/>
- Biong, S & Ytrehus, S (2012). Rusproblemer – en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. Biong, S & Ytrehus, S (red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s.15-29). Oslo: Akribe
- Bruscia K, E (1998). *Defining Music Therapy* (3. utg). USA: Barcelona Publishers
- Bye, K. D. (2015). *Musikkterapi og rusmiddelfeltet: Holdninger til behandling av mennesker med rusmiddelproblematikk beskrevet gjennom litteratur fra musikkterapi og statlige dokumenter*. (Masteroppgåve i musikkterapi), Universitetet i Bergen, Bergen

- Cami, J & Farre, M (2003). Mechanism of disease: Drug Addiction. *The New England Journal of Medicine*, Vol.349(10), s.975-986. DOI:10.1056/NEJMra023160
- Dale, R. (2014). Evaluering av prosjekt 'musikkterapi'. Rapport. Bergen: Kompetansesenter rus – region vest Bergen, Stiftelsen Bergensklinikkene. Henta frå:
https://wpstatic.idium.no/www.rusfeltet.no/2016/11/Evaluering_Hjellestad2014.pdf
- Dijkstra I.T. F & Hakvoort, L. G. (2010). How to deal music? Music therapy with clients suffering from addictions problems: Enhancing coping strategies. Aldridge & Fachner (red.) *Music Therapy and Addictions*.s. 88-102. London and philadelphia: Jessica Kingsley publishers
- Evjen, R Øyern, T & Kielland, K Boe (2003). *Dobbelt opp*. Oslo: Universitetsforlaget
- Gardstrom, S.C., Bartkowski, J., Willenbrink, J. & Diestelkamp, W.S. (2013). The impact of group music therapy on negative affect of people with co-occurring substance use disorders and mental illnesses. *Music Therapy Perspectives*, 31, 116-126. Henta frå: <https://doi-org.pva.uib.no/10.1093/mtp/31.2.116>
- Gold, C. Solli, H. P. Krüger, V & Lie, S.A (2009). Dose-responce relationship in music therapyfor people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*. Vol. 29(3) (s.193-207). DOI: 10.1016/j.cpr.2009.01.001
- Grønningsæter, A (2012). Psykoselidelser og rus. Lossius, K (red.) *Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2.utg) (s.115-134). Oslo: Gyldendal akademisk
- Hayes, S. C. Wilson, K. G. Gifford, E, V. Folette, V. M & Strosahl, K (1996). Experiential Avoidance and behavioral disorders: A functional dimentional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*. Vol. 64 No.6 (s.1152-1168). DOI: 10.1037/0022-006X.64.6.1152

Helse- og omsorgsdepartementet (2015, 13.11). *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*. Prop 15 S (2015-2016). [Henta frå:](#)

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet (2013, 01.07). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Henta 17.11-17 frå: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser>

Helsedirektoratet (2014, 28.02). Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Henta 17.11-17 frå:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>

Helsedirektoratet (2017a, 24.01) Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Henta 17.11-17 frå:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>

Helsedirektoratet, (2017b, 17.10). *Brukermedvirkning*. Henta 20.11-17 frå:

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>

Hiller, J (2016). Epistemological foundation of objectivist and interpretivist research. Murphy, K og Wheeler, B (red.) *Music Therapy Research* (3. Utg) (Ebook) Dallas, TX: Barcelona Publishers

Horesh, T (2005). Dangerous Music: Working with the destructive and healing powers of popular music in the treatment of substance abusers. Aldridge, D & Fachner, J (red.) *Music and altered states – consciousness, transcendence, therapy and addiction*. (s.125-139). London and Philadelphia: Jessica Kingsley publishers

- Hovesøl, M (2007). «jeg skulle gjerne spilt mye mer, jeg». *En undersøkelse av betydningsfulle aspekter ved deltakelse i musikkgrupper på et ressurscenter for rusmisbrukere*. Masteroppgåve i musikkterapi. Oslo: Norges Musikkhøgskule, Oslo.
- Johansen, A. B & Bramness, J. G (2012) Psykososial og medikamentell behandling ved rusavhengighet. Biong, S & Ytrehus, S (red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer (s.121-142)*. Oslo: Akribes
- Johnsen, K. M. M (2016). *Music therapy, women and substance use problems : A systematic literature review and thematic synthesis*. (Masteroppgåve i musikkterapi). Universitetet i Bergen, Bergen.
- Jones, J.D (2005). A comparison of songwriting and lyric analysis techniques to evoke emotional change in single session with people who are chemically dependent. *Journal of music therapy*. (s.94-110). DOI: 1093/jmt/42.2.94
- Kadden R. M & Litt M. D (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, (36). s. 1120-1126. Doi:10.1016/j.addbeh.2011.07.032
- Kielland, T. (2015). Musikkterapi i kommunalt rusarbeid. Rapport. Lillehammer: Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helsevern, Kompetansesenter rus – region øst. Henta frå: http://wpstatic.idium.no/www.rusfeltet.no/2016/11/2015_Musikkterapi-rapport-Fredrikstad.pdf
- Kloos, B. Hill, J. Thomas, E. Wandersman, A. Elias, M.J & Dalton, J.H (2012). *Community Psychology – Linking Individuals and communities* (3. utg) Belmont, Calif: Wadsworth Cengage Learning.
- Kristiansen, D. L. (2013). *Nye muligheter: En eksplorativ studie av deltakeres opplevelse i musikkterapigruppe innen rusbehandling*. (Master avhandling), Norges Musikkhøgskole, Oslo
- Kronholm, K (2012). Avrusning. Lossius, K (red.) *Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2.utg) (s.169-193). Oslo: Gyldendal akademisk

- Kvale, S & Brinkmann, S (2015). *Det kvalitative forskningsintervju.*(3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lossius, K (2012). Om å ruse seg. Lossius, K (red.) *Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet.* (2.utg) (s.40-46). Oslo: Gyldendal akademisk
- Lundberg, A (2012) Hva er det med rusmiddelavhengighet som krever tverrfaglighet? Lossius, K (red.) *Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet.* (2.utg) (s.40-46). Oslo: Gyldendal akademisk
- Maddux, J. E (2002). Self-efficacy – the power of believing you can. C. R. Snyder & S. J Lopez (red.) *Handbook of positive psychology.* (s.277-287). New York: Oxford University Press
- Malt, U (2016, 6 desember). Eufori. Henta 26.10-17 frå: <https://snl.no/eufori>
- Mays, K.L., Clark, D.L. & Gordon, A.J. (2008). Treating addiction with tunes: A systematic review of music therapy for the treatment of patients with addictions. *Substance Abuse*, 29, (4), 51-59. DOI: 10.1080/08897070802418485
- Mohlin, M (2008). Etske aspekter ved musikkterapeutisk forskning og utviklingsarbeid. Trondalen, G & Ruud, E (red.) *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi.* (s.203-214). Oslo: NMH-publikasjoner
- Murphy, K. M (2016). Interpretivist case study research. Murphy, K og Wheeler, B (red.) *Music Therapy Research* (3. utg) (Ebook). Dallas, TX: Barcelona Publishers
- Nesvåg, S (2012). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. S, Biong og S, Ytrehus (red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer.* (s. 55-77) Oslo: Akribe.
- Nordfjærn, T (2010). Sammenhenger mellom livshendelser og rusbruk. *Rus&samfunn.* Nr.4-2010. s.36-39. Henta frå: <https://www-idunn-no.pva.uib.no/rusos/2010/04/art06>

Nordfjærn, T. Hole, R & Rundmo, T. (2010). Interrelations between patients personal life events, psychosocial distress and substance use. *Substance use & misuse*, 45:7-8, s. 1161-1179.
DOI: 10.3109/10826080903567863

Olsson A. B. S og Vågan E, (2013, 21.12). Mestring. Henta 17.11-17 frå:
https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/03/Utdypning_mestring.pdf

Overå, M. (2012). "*Hekta på musikk*": *En studie om betydning av deltagelse i en musikkterapigruppe på en avgiftningsenhet*. (Masteroppgåve i musikkterapi), Norges Musikkhøgskole, Oslo.

Overå, M. (2013). *Hekta på musikk*. Oslo: Norge Musikkhøgskole

Oxford Dictionaries. (2017). Mastery. Henta 03.04-17 frå:
<https://en.oxforddictionaries.com/definition/mastery>

Persson, T & Stallvik, M (2007). Bekjempe ensomheten. *Fagartikkel fontene nr.6*. (s.35-40). Henta frå: <https://www.buyandread.com/next/reader.htm?date=20171031&pub=fontene>

Reeve, J (2009). *Understanding motivation and emotion*. (5 utg). USA: John Wiley & sons, inc

Regjeringen (2004, 27.01) Orientering om endringer i sosialtjenesteloven som følge av rusreformen
Henta 20.11-17 frå: [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/u-12004-orientering-om-endringer-i-sosia/id109356/?q=rusreform 2004](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/u-12004-orientering-om-endringer-i-sosia/id109356/?q=rusreform+2004)

Regjeringen (2013, 26.06). Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Henta 03.04 frå:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/vurderes/rusbehandling-i-spesialisthelsetjenesten/id439355>

Renblad, K. (2003). *Empowerment – A Question about Democracy and Ethics in Everyday Life*.
Stockholm: Stockholm institute of education press.

Rolvjord, R. (2004). Therapy as empowerment. *Nordic journal of music therapy*, 13 (2), s. 99-111

- Rolvjord, R (2008). En ressursorientert musikkterapi. Trondalen, G & Ruud, E (red.) *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi*. (s.123-137). Oslo: NMH-publikasjoner
- Rolvjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Ross, S., Cidambi, I., Dermatis, H. Weinstein, J., Ziedonis, D., Roth, S. & Galanter, M. (2008). Music therapy: A novel motivational approach for dually diagnosed patients. *Journal of Addictive Diseases*, 27 (1), 41-53. DOI: 10.1300/J069v27n01_5
- Ruud, E (1998) *Music Therapy: Improvisation, communication and culture*. USA: Barcelona Publishers
- Ruud, E. (2008) Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. Trondalen, G & Ruud, E (red.) *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi*. (s.5-28). Oslo: NMH-publikasjoner
- Rødland, T. G. (2013). *Sangskrivning i rusomsorgen*. (Masteroppgåve i musikkterapi), Norges Musikkhøgskole, Oslo
- Silverman, D. (2012). Effects of group songwriting on motivation and readiness for treatment on patients in detoxification: A randomized wait-list effectiveness study. *Journal of Music Therapy*, 49 (4), (s.414-429). DOI: 10.1093/jmt/49.4.414
- Sjåfjell, T. L & Myhra, A. B (2015). Selvhjelp og likemannsarbeid – mulige verktøy for å oppnå mestring og empowerment?. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 12. Nr 2 (s.139-148). Henta frå: https://www-idunn-no.pva.uib.no/tph/2015/02/selvhjelp_og_likemannsarbeid_-_mulige_verktoey_for_aa_oppnaa_m
- Small, C (1998). *Musicking*. Hanover: University Press of New England
- Stake, R. E (1995). *The art of case study research*. London: Sage
- Stake, R. E (2006). *Multiple case study analysis*. New York: The Guilford press

- Stallvik M. (2011). Biopsykososial tilnærming til rusavhengighet. *Rusfag nr.1-2011*. s.105-112.
Henta frå: http://www.forebygging.no/Global/rusfag1_2011_artikkelsamling.pdf
- Stensæth, K & Jenssen, D (2016). «Deltagelse» - en diskusjon om begrepet. Stensæth, K. Krüger, V & Fuglestad, S (red.). *I transitt - mellom til og ifra (s.15-35)*. Oslo:NMH-publikasjoner
- Stige, B. (2008). Samfunnsmusikkterapi – mellom kvardag og klinikk. Trondalen, G & Ruud, E (red.) *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi*. (s.139-159). Oslo: NMH-publikasjoner
- Stige, B & Aarø, L. E (2012). *Invitation to community music therapy*. UK: Routledge
- Svartdal, F (2017, 04.07). Mestring. Henta 17.11-17 frå: <https://snl.no/mestring>
- Sælør, K. T & Bjerknes, S. O (2012) Helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling – ansvar, roller og funksjoner. Biong, S & Ytrehus, S (red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer (s.143-162)*. Oslo: Akribe
- Tjora, A (2017). Kvalitative forskningsmetoder – I praksis.(3.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Wheeler, B. L (2005). Overview of music therapy research. Wheeler, B. L (red.) *Music therapy research (2.utg) (s.3-19)* Gilsum: Barcelona Publishers
- Wheeler, B. L & Bruscia, K, E. (2016). Overview of music therapy research. Murphy, K & Wheeler, B (red.) *Music Therapy Research (3. utg) (Ebook)* Dallas, TX: Barcelona Publishers
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide til forskingsprosjektet: «Meistring i musikkterapi – ein studie om korleis brukarar i rusbehandling opplev meistring»

Intervjuet vil bli lagt opp som eit semi-strukturert intervju på 45 – 60 min.

| Forskingsspørsmål: | Intervjuspørsmål: |
|---|--|
| Korleis forstår brukarar i rusbehandling omgrepet meistring? | <ul style="list-style-type: none">• Kva tenker du når eg seier ordet meistring? |
| Korleis opplever brukarar i rusbehandling musikkterapi? | <ul style="list-style-type: none">• Korleis opplevde du musikkterapitimane?• Kva forventningar hadde du til musikkterapi? |
| Kva meistringserfaringar har brukarar under avrusing av i musikkterapien? | <ul style="list-style-type: none">• Kva meistringserfaringar gjorde du deg i musikkterapien?<ul style="list-style-type: none">◦ Dersom ikkje: kvifor trur du at du ikkje opplevde meistring?• Har du nokre tankar om korleis musikk og musikkterapi kan gi rom for meistringsopplevingar?<ul style="list-style-type: none">◦ Om ikkje kvifor? |
| Kan musikkterapi bidra til auka meistringstru/self-efficacy? | <ul style="list-style-type: none">• Korleis følte du deg i musikkterapitimane?<ul style="list-style-type: none">◦ Kvifor trur du at du følte deg slik i desse timane?• Korleis følte du deg etter musikkterapitimane?<ul style="list-style-type: none">◦ Har du nokre tankar om kva det er som gjer at du føler deg slik?◦ På kva måte trur du at dette kan påverke deg i andre situasjonar? |
| I kva grad opplev dei denne erfaringa som nyttig? | <ul style="list-style-type: none">• Kan du fortelje litt om korleis desse meistringserfaringane kan vere nyttige for deg?<ul style="list-style-type: none">◦ Har du nokre tankar om korleis desse erfaringane kan ha overføringsverdi? |

Vedlegg 2: Forespørsel om deltaking/samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Musikkterapi og Mestring

- en multiple case studie om hvordan brukere i rusbehandling opplever mestring

Bakgrunn og formål:

Dette er en forespørsel om å delta i forskningsprosjektet "*Musikkterapi og mestring – en multiple case studie om hvordan brukere i rusbehandling opplever mestring*". Studien vil utforske brukeres erfaringer i musikkterapi, med særskilt vekt på ulike mestringsopplevelser. Formålet med studien er å utvikle kunnskap om hvordan musikkterapi kan være et bidrag i bedringsprosesser i rusbehandling. Musikkterapi er et nytt tilbud i rusbehandling i Norge, og kunnskap om brukeres erfaringer er svært viktig for å kunne utvikle best mulig kvalitet på dette tilbudet. Det er også viktig å vite om brukerne ønsker et slikt tilbud i forhold til oppretting av stillinger. Denne studien legger vekt på brukeren sine egne opplevelser og tanker om tilbudet.

Dette er en master-studie ved Universitetet i Bergen, som avslutter femårig integrert master i musikkterapi.

Du blir spurt om å delta i denne studien fordi du har vist interesse for å delta på musikkterapi i tillegg til annen behandling ved klinikken og vil derfor gjerne høre dine tanker og meninger om tema musikkterapi og mestring.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at du deltar på ulike musikkterapitilbud enten grupper eller individuell musikkterapi, det er ingen krav om hvor mange ganger man bør delta, men det oppfordres til mest mulig. Det vil videre iløpet av musikkterapiforløpet bli gjennomført et intervju der en gjerne vil høre om din opplevelse av musikkterapi og om tanker rundt mestring i egen bedringsprosess. Samtalen vil bli tatt opp for å sikre at en ikke mister viktige aspekter, lydfiler vil bli slettet ved prosjektslutt. I intervjuet vil du bli stilt spørsmål om hvordan du opplevde å være med på musikkterapi, om du fikk mestringsopplevelser og om du synes dette var nyttig for deg. Intervjuet vil bli utført av musikkterapistudenten og vil vare i 45-60 minutter.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun studenten selv og veileder Randi Rolvsjord og Claire Ghetti, som vil ha tilgang til personopplysninger. Datamateriale vil bli lagret på eksterne harddisker der filene er passordbeskyttet.

Informasjon om deg vil bli anonymisert i masteroppgaven, men du vil selv kanskje kunne gjenkjenne deg igjen i sitater ol.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.09-17. Da vil alle lydopptak bli slettet og opplysninger vil kun stå i ferdig produkt der disse er anonymisert og integrert i teksten slik at det ikke vil være mulig med direkte gjenkjenning.

Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Kristin Mjånes Myklebust (student) på tlf: 95806481 eller på epost: **Kristin.M.Myklebust@student.uib.no** eller Randi Rolvsjord (veileder) på tlf: 97514878 eller på epost: **Randi.Rolvsjord@uib.no**

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

Samtykke til deltakelse i studien:

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

(signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: NSD-Kvittering



Randi Rolvsjord
Griegakademiet - Institutt for musikk Universitetet i Bergen
Postboks 7800
5020 BERGEN

Vår dato: 24.11.2016

Vår ref: 50617 / 3 / BQH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.10.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|-----------------------------|---|
| <i>50617</i> | <i>Meistring og musikkterapi - ein multipple case studie om korleis brukarar i rusbehandling opplev meistring</i> |
| <i>Behandlingsansvarlig</i> | <i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i> |
| <i>Daglig ansvarlig</i> | <i>Randi Rolvsjord</i> |
| <i>Student</i> | <i>Kristin Mjånes Myklebust</i> |

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.09.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

Dokumenter er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.