

# **Musikkterapi som døråpner**

**En kvalitativ studie av det tverrfaglige teamets opplevelser av musikkterapi i FACT-team.**



**Masteroppgave i Musikkterapi**

**Universitetet i Bergen**

**David Hope Solberg**

**Vår 2022**

## Abstract

### Music as a door opener: A qualitative study of the interdisciplinary team's experiences of music therapy in a FACT-team

Flexible assertive community treatment (FACT) is a multidisciplinary service model that provides integrating care for people with severe mental illness. Until now, there is few studies that have examined the role music therapy can have in a FACT-context. This thesis therefore aims to explore the role of music therapy in a FACT-team, based on a focus group interview of the interdisciplinary team's experiences. The findings suggest that music therapy can function as a «door opener» through creating a safe place for contact, being an arena for positive experiences, and providing a different platform for communication. This indicates that music therapy can be a good supplement that can provide greater flexibility and width to a FACT-team.

## Forord:

### Den største taknemlighet rettes til:

**De seks deltakerne**, som tok seg tid til å være med i prosjektet og bidro med nydelige innspill!

**Klassen**, for fem spinnville år sammen, dere er legender alle sammen, og kommer alle til å bli utrolig dyktige musikkterapeuter!

Spesielt takk til

**Frida**, for intern ordkamp som alltid pushet meg til å skrive mer

**Eirik**, for gode stunder i buldreveggen og solveggen

**Mathias**, for gode oppmuntringer og tørre vitser

Min veileder **Lasse**, for gode råd og tilbakemeldinger underveis (og for å heie på riktig fotballag) YNWA

**Mamma**, for korrekturlesning og oppmuntring

**Helena**, for korrekturlesning, oppmuntring og backing. Jeg er evig takknemlig for å ha deg som min bestevenn og kone!

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	1
1.2 FACT-MODELLEN .....	1
1.2.1 Målgruppe .....	2
1.2.2 Tverrfaglighet.....	2
1.2.3 Målsetninger.....	3
1.3 STUDIENS RELEVANS.....	3
1.4 LITTERATUR .....	5
1.5 PROBLEMSTILLING .....	7
1.6 OPPGAVENS VIDERE STRUKTUR .....	7
<b>2.0 TEORI</b> .....	<b>8</b>
2.1 RECOVERY.....	8
2.1.1 Personlig recovery.....	9
2.1.2 Sosial recovery .....	9
2.1.3 CHIME .....	10
2.1.4 Musikterapi og recovery.....	12
2.2 DEN TERAPEUTISKE ALLIANSEN .....	14
2.3 KOMMUNIKATIV MUSIKALITET.....	15
2.4 TRAUMEPERSPEKTIVET .....	16
2.4.1 Traumer og hjernen.....	17
2.4.2 Toleransevinduet .....	18
2.4.3 Polyvagal teori .....	18
2.4.4 Trygghet.....	19
2.4.5 Musikterapi og traumer .....	19
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>22</b>
3.1 EPISTEMOLOGI .....	22
3.2 HERMENEUTIKK .....	22
3.3 KVALITATIV FORSKNING.....	24
3.4 FOKUSGRUPPEINTERVJU .....	24
3.5 GJENNOMFØRING AV FOKUSGRUPPEINTERVJU .....	25
3.5.1 Rekruttering.....	25

3.5.2 Forberedelser og planlegging .....	26
3.5.3 Struktur og moderatorteknikker .....	27
3.5.4 Intervjudagen.....	28
3.5.5 Opptak og transkribering .....	29
3.6 KRITIKK AV FOKUSGRUPPEINTERVJU .....	29
3.7 ETISKE REFLEKSJONER.....	30
3.8 DATAANALYSE.....	32
<b>4.0 FUNN .....</b>	<b>33</b>
4.1 MUSIKKTERAPI SOM DØRÅPNER FOR KONTAKT .....	35
4.2 MUSIKKTERAPI SOM DØRÅPNER TIL GODE OPPLEVELSER .....	36
4.3 MUSIKKTERAPI SOM DØRÅPNER FOR KOMMUNIKASJON .....	38
4.4 RESSURSMANGEL SOM DØRLUKKER FOR MUSIKKTERAPI.....	39
<b>5.0 DISKUSJON .....</b>	<b>40</b>
5.1 MUSIKKTERAPI SOM DØRÅPNER FOR KONTAKT .....	41
5.2 MUSIKKTERAPI SOM DØRÅPNER TIL GODE OPPLEVELSER .....	45
5.3 MUSIKKTERAPI SOM DØRÅPNER FOR KOMMUNIKASJON .....	48
5.4 RESSURSMANGEL SOM DØRLUKKER FOR MUSIKKTERAPI.....	51
5.5 BEGRENSNINGER OG KRITIKK AV EGEN STUDIE.....	53
<b>6.0 AVSLUTNING .....</b>	<b>55</b>
6.1 IMPLIKASJONER FOR VEIEN VIDERE .....	55
<b>7.0 KILDER:.....</b>	<b>57</b>
<b>8.0 VEDLEGG .....</b>	<b>67</b>
<i>Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD.....</i>	<i>68</i>
<i>Vedlegg 2: Informasjonsskriv/samtykkeskjema.....</i>	<i>70</i>
<i>Vedlegg 3: Intervjuguide .....</i>	<i>72</i>

# 1.0 innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av mine snart fem år på musikkterapistudiet har jeg mer og mer peilet meg inn mot psykisk helse- og rusfeltet. Dette er en blanding av at jeg synes at det er utrolig givende å kunne bidra til at personer med ulike psykiske utfordringer kan få en bedre hverdag, men også at jeg har stor tro på musikkterapi inn mot dette feltet. I tillegg er psykiske lidelser noe som er svært sammensatt og det er mye vi ikke vet enda, og jeg tror derfor at det vil skje mange endringer på feltet fremover, noe som er spennende å få ta del i.

Motivasjonen min for å skrive om akkurat dette temaet begynte høsten 2020 da jeg var i praksis på et sted hvor musikkterapeuten var med i et FACT-team. Her var jeg med én dag i uken over et semester, og fikk være med på tverrfaglige møter med FACT-teamet, i tillegg til å være med på musikkterapitimer med FACT-pasienter. Gode og spennende praksiserfaringer ledet til en videre utforskning av musikkterapi inn mot dette feltet, og jeg bestemte meg etterhvert for at det var dette jeg ønsket å skrive om i masteroppgaven min.

## 1.2 FACT-modellen

«Flexible Assertive Community Treatment» (FACT), som kan oversettes til «fleksibel aktiv oppsøkende behandling», er en samhandlingsmodell mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, og er rettet mot personer med alvorlige psykiske lidelser og sammensatte problemer (Landheim & Odden, 2020). Modellen ble utarbeidet med tanke på å styrke og gi mer helhetlige tjenester rundt denne målgruppen, som har fått kritikk for å være fragmenterte og dårlig koordinerte (Landheim & Odden, 2020). FACT-modellen kommer opprinnelig fra Nederland og er en videreutvikling av den amerikanske ACT-modellen (Veldhuizen, 2013). ACT og FACT bruker hovedsakelig samme arbeidsmetoder og prinsipper, men der ACT-modellen retter seg mot personer med psykose-problemer, inkluderer FACT-modellen en bredere målgruppe med et mer varierende behov, også de som ikke har behov for like intensiv hjelp som ACT-brukerne (Landheim & Odden, 2020). Dette er en av hovedtankene bak FACT-modellen, som kan tilby intensiv og mindre intensiv behandling fra ett og samme team, ut fra brukerens situasjon. Denne fleksibiliteten gjør at man i FACT kan ha ca. dobbelt så stor kapasitet som ACT.

### 1.2.1 Målgruppe

Målgruppen<sup>1</sup> i FACT inkluderer personer med psykoselidelser, alvorlige affektive lidelser (f.eks. depresjon, bipolar lidelse), angstlidelser, personlighetsforstyrrelser, alvorlige rusproblemer, samt en kombinasjon av disse (Veldhuizen, 2013). Ruslidelse er den vanligste komorbide tilstanden, og 50-70% av pasientene er i følge modellen «ROP-pasienter»<sup>2</sup>. FACT-målgruppen er svært sammensatt, men noen fellestrekk som går igjen er at de ofte har lav sosial fungering, få nære relasjoner, mange hverdagslige utfordringer knyttet til arbeid, økonomi og bolig, problemer med rus og medikamenter, og blir lite inkludert i samfunnet (Veldhuizen, 2013). Mange av dem kan i tillegg være vanskelige å nå ut til, da de ofte har liten sykdomsinnsikt, lav motivasjon, og har ofte ikke et ønske om å motta hjelp fra helsevesenet (Veldhuizen, 2013).

I følge FACT-modellen, skal henvisninger til FACT-teamet skje på bakgrunn av fem oppfylte kriterier:

«En psykisk lidelse der oppfølging/ behandling er påkrevet, en alvorlig svikt i sosial fungering, en årsakssammenheng mellom disse to kriteriene, tilstanden er ikke av forbigående art, men gjennomgripende og langvarig, og det er nødvendig med samordnet hjelp og oppfølging fra profesjonelle oppfølgere for å gjennomføre en behandlingsplan» (Veldhuizen, 2013, s. 13).

Evalueringen av FACT-team i Norge viser at de opererte med ulike inntakskriterier. Mens FACT-teamene i byene stort sett rekrutterte personer med psykoselidelser, var det en mer utvidet målgruppe i teamene på de mindre befolkede områdene (Landheim & Odden, 2020).

### 1.2.2 Tverrfaglighet

I FACT-modellen stilles det sterke krav til en bred tverrfaglig sammensetning. Yrkesgrupper og roller som nevnes i modellen er psykiater, psykolog, erfaringskonsulent, sosionom,

---

<sup>1</sup> I denne oppgaven vil jeg benytte meg av begrepene «pasient», «bruker», «klient», samt «personer med egenerfaringer» litt om hverandre, avhengig av hvilke begrep litteraturen jeg refererer til bruker.

<sup>2</sup> Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (Veldhuizen, 2013).

sykepleier, russpesialist, arbeidsspesialist, spesialist i rehabilitering, og case-manager. I Landheim og Oddens evaluering av FACT-team i Norge, finner vi også yrker som ergoterapeut, markedsøkonom, vernepleier, fagarbeider, merkantil, barnevernspedagog og førskolelærer i de ulike teamene (2020). Musikkterapiprofesjonen er ikke nevnt som en del av bemanningen i den offisielle FACT-manualen, men er inkludert i FACT-UNG-manualen, som er en tilpasning av den originale manualen rettet mot aldersgruppen 12-18 år, med mulig forlengelse til år 25 (NKROP, 2022). Til tross for at musikkterapi ikke nevnes, understreker modellen likevel viktigheten av fleksibilitet og tilpasning til regionen og landet man jobber i, og at hvert enkelt team jobber frem sin egen distinkte identitet:

«Det kan tenkes at betydningen av ulike tiltak kan vektles ulikt avhengig av helsetjenestens oppbygging i det enkelte land. Skal FACT implementeres, må man skjule til hva som blir ansett som state-of-the-art-behandling i eget land, og implementere disse tiltakene i FACT-teamet (Veldhuizen, 2013, s. 39).

### **1.2.3 Målsetninger**

En viktig målsetning i FACT er å styrke personens evne til å mestre og delta i lokalsamfunnet (Landheim & Odden, 2020). For å greie dette er det «vesentlig at teamet følger opp brukerne der de oppholder seg, på områder der personen ønsker å lykkes, og at oppfølgingen skjer kontinuerlig over tid» (Landheim & Odden, 2020, s. 15). Ved å gi oppfølging i hjemmet eller i nærmiljøet kan brukeren lettere ivareta de daglige aktivitetene samtidig som at personens ressurser og behov kommer mer til syne. En recoveryorientert praksis står også sentralt i FACT-modellen, hvor man ønsker å støtte opp under prosesser som håp, mestring, meningsfulle aktiviteter, identitet, sosiale relasjoner, personlig vekst og økt livskvalitet (Landheim & Odden, 2020). I følge modellen skal det tverrfaglige teamet ha en «bred kompetanse innen rehabilitering og bedringsprosesser» (Veldhuizen, 2013, s. 22).

## **1.3 Studiens relevans**

I Norge har det foregått en stor satsing på oppsøkende helseteam, og per januar 2022 er det etablert ca. 70 FACT-team og 8 ACT-team, og 11 team er under etablering (NAPHA, 2022a). I tillegg satses det nå på FACT-ung (NKROP, 2022). I disse teamene er det bare et fåtall musikkterapeuter som jobber, og musikkterapi er, som nevnt ovenfor, heller ikke inkludert i den offisielle FACT-manualen. Dette til tross for at mange av musikkterapiens kvaliteter ser



ut til å harmonere godt med FACT-modellens visjon. Modellens sterke fokus på oppfølging i lokalsamfunnet og på bedringsprosesser er for eksempel noe som er svært forenelig med musikkterapi som lenge har hatt en samfunns- og recoveryorientert praksis i Norge (Rolvsjord, 2010; Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013; Stige & Aarø, 2012). Landheim og Oddens evaluering (2020) er med å bekrefte behovet for mer samfunns- og recoveryorienterte tilnærminger. De evaluerte sju ulike FACT-team i Norge, hvor ingen av teamene hadde musikkterapeut. De skriver følgende: «FACT-teamene har et potensial når det gjelder å arbeide mer recoveryorientert. Det gjelder behandlingsplaner, og informasjon og å ta med brukerne i beslutninger som omhandler medisiner. Å jobbe med integrering i lokalsamfunnet kan også gjøres mer omfattende» (s. 144).

Et annet sentralt punkt i FACT-modellen er å tilby behandling i tråd med de nasjonalfaglige retningslinjene (Veldhuizen, 2013). Musikkterapi anbefales i helsedirektoratets retningslinjer ved behandling og oppfølging av både psykose og rusavhengighet (Helsedirektoratet, 2013; Helsedirektoratet, 2016). Begge disse retningslinjene har relevans for FACT-målgruppen, hvor en stor andel er ROP-pasienter, og Veldhuizen peker på at det er viktig å integrere oppfølging i teamene som kan håndtere begge disse lidelsene samtidig (2013).

I psykoseretningslinjen er musikkterapi sterkt anbefalt som behandling, og er gradert til evidensnivå 1a, som er den høyeste graderingen man kan få. I anbefalingen står det 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» (Helsedirektoratet, 2013, s. 16). Negative symptomer er en gruppe symptomer som skyldes en nedgang i normale mentale funksjoner ved psykose eller schizofreni, og som fører til tilbaketrekning og svekket sosial fungering (Helsedirektoratet, 2013). Dette innebærer blant annet manglende motivasjon, initiativ, engasjement og glede for livsbegivenheter. Affektavflatning er også vanlig, som gir seg til uttrykk gjennom en svekket evne til å kommunisere følelser gjennom ansiktsmimikk og kroppsspråk. Manglende ytre engasjement må imidlertid ikke misforstås som en mangel på følelser. Mens medikamenter har hatt en relativt god effekt på positive symptomer (vrangforestillinger og hallusinasjoner), har de negative symptomene vært vanskeligere å behandle, og her skiller musikkterapi seg ut som en av få tilnærminger som har vist å ha en god effekt på denne symptomgruppen (Helsedirektoratet, 2013).

Når det gjelder rus er musikkterapi nevnt i to retningslinjer, deriblant i «Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» (Helsedirektoratet, 2016).

Anbefalingen er ikke like sterk som i psykoseretningslinjen, men er fortsatt slagkraftig. I sammendraget står det:

«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, 2016, s. 9).

Foruten retningslinjene for psykose og rus, er musikkterapi også anbefalt som medikamentfritt tilbud (Øvernes, 2019). Muligheten til å velge behandlingsforløp som er medikamentfrie ses på som en rettighet (Øvernes, 2019), og tidligere helseminister Høie har uttalt at «Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter» (HOD, 2015; Øvernes, 2019). Undersøkelser fra brukerperspektiver viser at musikkterapi er et populært medikamentfritt tilbud som brukerne er godt fornøyde med (Øvernes, 2019; Tuastad & Myrhaug, 2020).

Tatt disse punktene i betraktning er FACT tilsynelatende et område innenfor psykisk helsevern hvor det ligger et stort potensiale for musikkterapi. Foreløpig er det likevel lite forskning på musikkterapi i denne konteksten. Målet med denne studien er derfor å få et større innblikk i musikkterapeutens rolle i et FACT-team, basert på det tverrfaglige FACT-teamets opplevelser. Det tverrfaglige teamet, som arbeider tett sammen med musikkterapeuten, vil kunne gi et verdifullt perspektiv og bidra til et bredere kunnskapsgrunnlag på området. Håpet er at dette kan stimulere til en større implementering av musikkterapi inn mot dette feltet.

## 1.4 Litteratur

Siden FACT er en relativt fersk praksisarena for musikkterapeuter, er det foreløpig lite forskning på området. Etter å ha søkt i ulike databaser som «Pubmed», «Rilm», «Google scholar» og «Oria» med søkeordene «FACT», «FACT-team», «FACT-model», «Flexible

assertive community treatment» og «Music Therapy», i tillegg til å bruke de samme søkeordene på norsk, har jeg likevel funnet noe litteratur.

Sissel Næsheim har skrevet en master om «brukernes opplevelse av musikkterapi som oppsøkende behandling innen kommunalt psykisk helsearbeid» (2020). Her intervjuet hun sju voksne mennesker som bodde i et bofellesskap om deres opplevelser av musikkterapi som oppsøkende tilbud. Intervjuene ble analysert og hun fant fire kategorier som var sentrale: Mestring, relasjon, vitalitet og sosiale nettverk.

I erfaringsrapporten om implementering av musikkterapi i rus- og psykisk helsearbeid i Sandnes kommune (2019), var FACT-teamets opplevelser av musikkterapi inkludert. Musikkterapeutene var ikke en del av selve FACT-teamet, men hadde et tett samarbeid med det. Noen av innspillene de kom med til musikkterapien var at det er nyttig med «musikk-inngangen» i en helhetstenkning, at de ser muligheten til å styrke traumebehandlingen ved musikkterapi, de ser at pasientene opplever mestring i musikkterapi, og at musikkterapi hjelper dem å sette ord på følelser, i tillegg til at det bidrar til et styrket selvbylde ved å ta del i «normale aktiviteter». FACT-teamet understreket også at de savnet et enda tettere samarbeid med musikkterapeutene, og flere av dem hadde ønsket å ha en musikkterapeut inkludert i selve FACT-teamet.

Musikkterapi er også nevnt i Eva Brekke et al. (2021) sin studie «Service User Experiences of How Flexible Assertive Community Treatment May Support or Inhibit Citizenship: A Qualitative Study». Her var målet å undersøke brukernes opplevelser av å få tjenester i et FACT-team, og om dette hindrer eller støtter opp under samfunnsdeltakelse. To av fem FACT-team som var inkludert i studien hadde en musikkterapeut i teamet. Positive aspekter som brukerne trakk frem om musikkterapi var at det var motiverende, gav et rom for å uttrykke følelser, en følelse av tilhørighet, mulighet til å utvikle seg som musiker, samt å utfordre seg og bygge sosial selvtillit. Musikkterapien ble også beskrevet som verdifullt fordi det var gøy i seg selv.

I tillegg til dette holder Hans Petter Solli for øyeblikket på med aksjonsforskningsprosjektet «musTCare», ved Norges musikkhøgskole, CREMAH (Center for research in music and health) og Lovisenberg diakonale sykehus (Solli, 2021). Målet med studien har vært å innhente kunnskap om hvordan musikkterapi kan implementeres i FACT-team. Selv om

studien ikke er ferdig kunne den vise til gode resultater allerede etter 1 år.

Musikkterapitilbudet hadde et oppmøte på 94%, og flere av brukerne var personer som i utgangspunktet var vanskelig å nå ut til (Evensen & Fleiner, 2019). Etter planen skal de endelige resultatene fra studien publiseres i løpet av år 2022.

## 1.5 Problemstilling

Jeg har formulert følgende problemstilling for denne studien:

**Hvilken rolle kan musikkterapi ha i et FACT-team, basert på det tverrfaglige teamets opplevelser?**

Jeg har valgt å ha en ganske åpen problemstilling, med et ønske om at oppgaven i størst mulig grad skulle formes av det tverrfaglige teamets opplevelser. Med tverrfaglig team menes personale som tilhører det samme FACT-teamet som musikkterapeuten, og inkluderer ikke tverrfaglig personale på arbeidsplassen utover dette teamet.

## 1.6 Oppgavens videre struktur

Oppgaven er delt inn i seks hoveddeler. I innledningen har jeg tatt for meg konteksten og bakgrunnen for studien, redegjort for studiens relevans, gått gjennom eksisterende litteratur på området, samt redegjort for problemstillingen. Videre vil jeg ta for meg relevant teori knyttet til temaet. I tredje metodedel vil jeg redegjøre for min vitenskapsteoretiske forankring, fokusgruppeintervju som metode, etiske aspekter ved prosjektet, samt beskrive analyseprosessen. Del fire består av en presentasjon av funn som jeg i del fem skal diskutere i lys av det teoretiske rammeverket. I del seks vil jeg oppsummere og konkludere hva jeg har gjort i oppgaven, samt peke på implikasjoner for veien videre.

## 2.0 Teori

I denne delen vil jeg først greie ut om recoveryperspektivet, som er et helt sentralt mål i FACT-modellen, og som deler mye av det samme verdigrunnlaget som den norske musikkterapeuttradisjonen, som også vil bli gjort rede for. Deretter skal vi se litt på den terapeutiske alliansen, som er et viktig konsept i forståelsen av endringsfaktorer i terapien, før vi kommer innpå begrepet «kommunikativ musikalitet». Videre skal jeg ta for meg traumeperspektivet, som stadig er på fremmarsj i psykisk helsevern, både når det gjelder forståelsen og behandlingen av psykiske lidelser. Til slutt vil jeg koble denne traumeforståelsen opp mot musikkterapi.

### 2.1 Recovery

Recovery<sup>3</sup>, som betyr «å komme seg» eller «å gjenvinne noe som er tapt», er et vidt begrep, og har blant annet blitt beskrevet som en tilnærming, en modell, et kunnskapsfelt, en visjon, et paradigmeskifte og en bevegelse (Borg et al., 2013). Begrepet er ikke noe nytt, og i mer enn femti år har det gjennom forskning vært dokumentert at en betydelig andel personer med alvorlige psykiske lidelser opplever bedring (Borg et al., 2013). De siste tiårene har imidlertid recoverybegrepet skutt fart innen psykisk helsevern og rusfeltet. Desentralisering og nedbygging av institusjoner, fremveksten av antipsykiatriske bevegelser, og et økt fokus på menneskerettigheter og brukermedvirkning, har gitt grobunn for nye perspektiver som recovery (Borg et al., 2013). Recovery nevnes nå i flere nasjonale føringer, blant annet i Helsedirektoratets veileder for psykisk helse- og rusarbeid for voksne, «Sammen om mestring», hvor det slås fast at dette perspektivet bør prege helsetjenestene fremover (Helsedirektoratet, 2014). Det vektlegges også som et sentralt mål i FACT-modellen (Veldhuizen, 2013).

I faglitteraturen er det vanlig at man skiller mellom klinisk-, personlig-, og sosial recovery. Klinisk recovery er et begrep som har sitt opphav i fagfolk sin ekspertise, og innebærer å «fjerne symptomer, gjenvinne sosial funksjon og på andre måter gå tilbake til det normale»

---

<sup>3</sup> Jeg har valgt å bruke det engelske ordet i oppgaven fremfor å oversette recovery til norsk, da det engelske begrepet er godt innarbeidet i faglitteraturen, samt ulike brukermiljøer knyttet til psykisk helse og rus (Karlsson & Borg, 2017, s. 12).

(Slade, 2017, s. 12). Jeg skal ikke fokusere på denne forståelsen av recovery, men på begrepene personlig- og sosial recovery.

### **2.1.1 Personlig recovery**

Personlig recovery er en idé som har utfoldet seg gjennom mennesker som selv har opplevd psykiske utfordringer, og fokuserer på hva de mener er viktige faktorer i en bedringsprosess (Slade, 2017). Det finnes en rekke definisjoner på hva personlig recovery kan innebære.

William A. Anthony har utarbeidet en av de mest kjente definisjonene:

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

Denne definisjonen vektlegger at målet med recovery ikke nødvendigvis handler om å bli symptomfri eller stabilisert, men å leve et meningsfylt og tilfredsstillende liv uavhengig av sykdom. Hjelpeapparatets oppgaver blir derfor ikke først og fremst å «fikse» personen, eller å komme med behandlingsmål som personen skal etterleve, men å hjelpe vedkommende med å nå sine personlige mål. Anthony sin definisjon har likevel høstet kritikk for å være for individfokuset, og i for liten grad ta hensyn til de sosiale aspektene ved recovery (Borg et al., 2013).

### **2.1.2 Sosial recovery**

De siste årene har man sett en økende tendens til å betrakte recovery som en sosial prosess, vel så mye som en personlig (Trane, 2014). Her peker man på at recovery ikke er noe som opptrer i et vakuum, men er noe som finner sted i hverdagen, og hjemmet, arbeidet og utdannelsen, aktiviteter, familie, venner og lokalmiljøet, spiller alle en særdeles viktig rolle i bedringsprosessen (Borg et al., 2013). Tew et al. (2012), kritiserer den personlige recoveryforståelsen og hevder at det blir for enkelt å snakke om selvbestemmelse, sosial tilknytning og identitetsdannelse, uten å peke på omgivelser og strukturer i samfunnet som muliggjør og forhindrer dette. Utvikling av en positiv selvidentitet er for eksempel utfordrende i et samfunn preget av mye diskriminering og stigma. Borg med kolleger peker på

tre elementer som går igjen i modellene som sosial recovery bygger på: «Psykiske problemer har ofte sammenheng med livshendelser, det er klare sammenhenger mellom psykisk helse og sosiale forhold knyttet til klasse, arbeidsstatus og sosial rolle, og personer med psykiske vansker får, eller fortsetter å ha, slike vansker på grunn av samfunnspåvirkninger» (2013, s. 15).

### 2.1.3 CHIME

Recovery er ikke en strømlinjeformet prosess, og noe som er viktig for én person trenger ikke nødvendigvis å være viktig for en annen. Man skal derfor, i følge Karlsson og Borg, være forsiktig med å standardisere eller operasjonalisere begrepet (2017, s. 36). Leamy med kolleger (2011), som har gjennomgått 97 studier som omhandler recoveryprosesser, har likevel funnet fem faktorer som personer med egenerfaringer med psykiske helseutfordringer opplevde var viktige i bedringsprosessen: Tilhørighet, håp, identitet, mening og selvbestemmelse (med akronymet CHIME på engelsk).

Tilhørighet, som regnes som et grunnleggende menneskelig behov, vektlegger blant annet viktigheten av å ha gode relasjoner rundt seg, og å kjenne seg som en del av et fellesskap (Leamy, 2011). Semb et al. (2016) skiller mellom subjektiv og sosial tilhørighet. Subjektiv tilhørighet handler om personens opplevelser av å bli verdsatt og føle seg viktig for andre mennesker og grupper i lokalsamfunnet, mens sosial tilhørighet dreier seg om personens opplevelser av å bli møtt av andre og i hvilken grad man identifiserer seg med andre. Personer med psykiske helsevansker og rusproblemer kan ofte oppleve å føle seg utenfor på viktige samfunnsarenaer som skole, arbeid og kulturliv (Semb et al., 2016).

Det å ha et håp er også helt essensielt i bedringsprosessen, i følge personer med egenerfaringer. Én beskriver håpet slik: «Hope of knowing that everything that is, that I go through, would not continue the rest of my life, that there would be an end of it; and just knowing that I knew that, I could keep going» (Davidson, et al., 2006a). For hjelpeapparatet rundt er det viktig å formidle en tro på at bedring er mulig, og på at personen kan gjennomføre målene han/hun har satt seg, i tillegg til å hjelpe vedkommende med å finne frem til omgivelser som kan være med å styrke troen på bedring (Leamy, 2011).

Videre er det å bygge en positiv identitet og å overkomme stigma også noe som står sentralt på «recoveryreisen». Mange personer opplever å miste en del av seg selv når de går gjennom psykiske vansker, og det å gjenopprette en identitet som noe annet eller noe mer enn en «psykiatrisk pasient» eller en «rusmisbruker» er vesentlig i en recoveryprosess (Leamy, 2011). Utforsking av interesser og sterke sider er en viktig del av denne prosessen. Davidson (2020) har også understreket viktigheten av «mikrobekreftelser», de små, ordinære ordene og handlingene av medfølelse man blir møtt med, som gir verdighet og aksept som et medmenneske. At man, som en person med egenerfaring beskrev det, «ikke blir møtt som et stykke papir med bokstaver, men som en virkelig person med et navn» (Veseth et al., 2022).

Mening handler om å leve et meningsfylt liv slik det er definert av personen selv. Dette kan dreie seg om alt fra å fylle dagen med meningsfulle aktiviteter, som hobbyer og arbeid, utforsking av nye mål og sosiale roller, til et mer eksistensielt nivå hvor man har en opplevelse av retning og hensikt i livet (Leamy, 2011). Frankl hevder at livet er en søken etter mening, og at når vi opplever høy grad av mening, kan vi stå i mot de fleste utfordringer. «Those who have a «why» to live, can bear with almost any «how» (Nietzsche, i Frankl, 2008, s. 76). Mange personer med psykiske vansker har få arenaer hvor de kan få brukt styrkene sine, og kan kjenne på kjedsomhet, verdiløshet og ensomhet. Det å ha kontekster hvor man kan få brukt styrkene sine og vokse som menneske er derfor svært viktig.

Selvbestemmelse er relatert til kontroll over, og ansvar for eget liv. Det handler om å anerkjenne at personen er ekspert på seg selv, gjennom sine egne livserfaringer (NAPHA, 2022b). For helseapparatet rundt handler det om å møte personen på en respektfull og lyttende måte, med spørsmålet «hva er viktig for deg?» (Helsedirektoratet, 2018). I stedet for at man gir omsorg som binder personer til hjelpeapparatet, kan man bidra til en myndiggjørende prosess hvor man hjelper personene til å hjelpe seg selv: «You can care for people for a day. But if you educate people to become involved, you have helped them to care for themselves and others for a lifetime» (Townsend, 1998). En ressursorientert tilnærming hvor man fokuserer på personens ressurser, ferdigheter og kompetanse blir sett på som sentralt i denne prosessen (Rolvjord, 2010, s. 43).

CHIME-modellen har også vært gjenstand for kritikk. Kvia med kolleger (2021) hevder for eksempel at det mangler verktøy på hvordan man praktisk kan implementere disse fem faktorene i dagligdagse oppgaver. Stuart et al. (2017), som har gjort en systematisk



gjennomgang av 15 artikler, har i tillegg kritisert CHIME-rammeverket for å være for optimistisk. Selv om de fant de fem faktorene i modellen til å telle for majoriteten av recoveryopplevelsene, fant de også fire andre temaer som var viktige, og temaet «difficulties» var særlig fremtredende. Mange opplevde recoveryprosessen som svært krevende og at det var mange tilbakeslag. Ved å ha et for positivt syn på recovery står man, i følge forfatterne, i fare for klandre de som strever med å bli bedre for at de ikke prøver hardt nok, eller ikke klarer å tilpasse seg recoverykonseptet. De foreslo derfor å legge til en D for «difficulties» i modellen: CHIME-D.

### **2.1.4 Musikkterapi og recovery**

Recoverytenkningen har mye felles tankegods med den norske musikkterapi tradisjonen, som blant annet kan beskrives som humanistisk (Ruud, 2010), ressursorientert (Rolvjord, 2010), relasjonell (Trondalen, 2016) og samfunnsorientert (Stige & Aarø, 2012). Her kan man for eksempel trekke frem samfunnsmusikkterapiens fokus på sosial deltakelse og inkludering, samt på det økologiske samspillet mellom individ og samfunn (Stige & Aarø, 2012, s. 21-23). Deltakeraspektet vektlegger blant annet en likeverdig relasjon mellom terapeut og klient, fremfor at man har en ovenfra-og-ned-holdning. Her betraktes man som en aktiv deltaker, i en samarbeidende prosess, fremfor å være en passiv mottaker av hjelp. Opplevelser av å føle seg respektert og verdsatt, utviklingen av en positiv identitet, og det å ha støttende relasjoner rundt seg, blir sett på som sentralt i tilretteleggingen av en deltakelsesprosess (Stige & Aarø, 2012, s. 148), og er grunnleggende faktorer som vi også kjenner igjen fra recoverytenkningen.

I tråd med sosial recovery, reflekterer den økologiske kvaliteten ved samfunnsmusikkterapi at helse ikke bare er et konsept som er isolert i individet, men som opptrer i samspill med miljøet rundt (Stige & Aarø, 2012, s. 22). Forandringer på individnivå vil derfor føre til forandringer på et større systemnivå, og motsatt. Derfor fokuserer man ikke kun på klienten på et individuelt plan, men er også opptatt av nettverket rundt personen. Man kan for eksempel arbeide med å få til gode og myke overganger fra en kontekst til en annen. MOT82, som er et musikkterapi-oppfølgingstilbud for mennesker med psykiske vansker, er et eksempel på dette (Bjortveit et al., 2016). Her kan personer som har fått tilbud om musikkterapi i behandling, få muligheter til å delta i musikk- og kulturaktiviteter ute i samfunnet. En viktig del av samfunnsorienteringen innebærer også å anerkjenne at personens helsevansker ofte henger sammen med en urettferdig fordeling av ressurser i samfunnet, noe

man aktivt kan forsøke å motarbeide. Her finner vi klare likhetstrekk med recoverybevegelsen, som har tatt et opprør mot dominerende psykiatriske forståelser, urettferdighet og marginalisering i samfunnet (Karlsson & Borg, 2017, s. 41, 46).

Den norske musikkterapiidentiteten kan videre beskrives som ressursorientert, hvor fokuset ligger på personlige styrker, samt sosiale og kulturelle ressurser, fremfor vektleggingen av problemer (Rolvsvjord, 2010, s. 74-76). Eksempler på ressurser kan være alt fra musikalske ferdigheter, sosiale relasjoner, eller tilgang til lokale musikktilbud. Her bygger man på teorier fra blant annet positiv psykologi som peker på at det å bruke sine sterke sider er knyttet til i positive opplevelser som glede, mestring og lykke (Seligman, 2003, s. 8). Stimulering av ressurser kan også fungere som en buffer som gjør det lettere å håndtere motgang, stressorer, og sykdom (Garland, et al., 2010). I henhold til Fredricksons «broaden-and-build»-modell (2000), kan positive emosjoner i tillegg være med å utvide vårt tanke- og handlingsrepertoar. Mens negative følelser ofte begrenser tankemønstrene våre, fører positive emosjoner til mer fleksibel og kreativ tenkning, hvor vi ser flere handlemuligheter. Det å fokusere på styrker og ressurser er sentrale aspekter ved recovery, som bidrar til en mer positiv identitet og økt grad av selvbestemmelse.

Utover mange likhetstrekk mellom musikkterapi og recovery på et teoretisk plan, er forskning på brukerperspektiver også med å peke på musikkterapi som en recoveryorientert tradisjon. Solli og kolleger (2013), som har gjennomført en kvalitativ metasyntese av 14 studier av totalt 113 brukere om deres opplevelser av musikkterapi, fant at dette kan være en god arena for å støtte opp under personlig og sosial recovery. Deltakerne beskrev hvordan det å involvere seg i musikken gav dem opplevelser relatert til lykke, tilfredsstillelse, frihet, motivasjon og håp. Det å få muligheten til å være sammen med andre, å samarbeide, og følelsen av å høre til et sted, ble også trukket frem som positivt. Deltakerne pekte også på hvordan musikkterapien gjorde at det etterhvert ble lettere håndtere vanskelig følelser, i tillegg til at det var en arena hvor man kunne slippe følelsene løs gjennom musikken. De beskrev også at musikkterapi styrket følelsen av å «være noen», gjennom å fokusere på styrker, interesser og talenter, noe som førte til opplevelser av mestring og en sterkere og mer «frisk» identitet.

## 2.2 Den terapeutiske alliansen

Den terapeutiske alliansen refererer til kvaliteten eller styrken på den samarbeidende relasjonen mellom terapeut og klient (Silverman, 2019), og blir sett på som en fundamental del av hva som fører til forandring i terapien, uavhengig av metode (Wampold & Imel, 2015, s. 212). I følge Edward Bordin (1979), består den terapeutiske alliansen av tre komponenter: Enighet om målene med terapien, enighet om oppgavene i terapien, og det relasjonelle båndet mellom terapeuten og klienten. Enighet om målene i terapien omhandler blant annet i hvilken grad målene blir diskutert, klientens oppfatning av at målene er tydelig spesifisert, klientens forpliktelse til å nå målene, og enigheten mellom terapeuten og klienten om hva som er årsaken til klientens utfordringer, samt en overenstemmelse om hva som er løsningen (Tryon & Winograd, 2011). Samarbeid er en nøkkelfaktor i denne sammenhengen, og handler om at begge parter er aktivt involvert i prosessen med å nå målene i terapien.

Det å tilpasse metoden og oppgavene, spesielt i den tidlige fasen av terapien, til den enkeltes behov, forventninger og ressurser, blir også sett på som sentralt i å danne en god allianse (Horvath et al., 2011). Mange klienter er ofte ikke klar over hva terapien innebærer, hvordan de trenger å delta i prosessen, og hvordan det som foregår i terapien henger sammen med forandringene som de ønsker. Det å bygge bro mellom klientens forventninger og hva som er terapeuten oppfatning av hva som er viktig i terapien er en viktig og omstendelig oppgave (Horvath, 2011). Terapeuten oppgave er likevel ikke å bestemme hva som er den rette terapeutiske intervensjonen, for å så gjennomføre den, men å hjelpe klienten til å bli involvert og motivert i prosessen selv (Rolvjord, 2010, s. 210).

I tillegg til konsensus vedrørende oppgaver og mål i terapien, er det relasjonelle båndet mellom terapeut og klient helt essensielt for utfallet. I følge Yalom bør terapeuten tilstrebe å skape en ny terapi for hver pasient, være forberedt på å gå hvor enn pasienten går, og gjøre alt som er mulig for å bygge en tillitsfull og trygg relasjon (Yalom, 2002, s. 34-35). En god terapeutisk relasjon er basert på genuinitet, som er evnen og villigheten til å være åpen, ærlig og autentisk (Wampold & Imel, 2015, s. 55). Empati er en helt sentral faktor, og handler om at klienten føler seg hørt, forstått og respektert. Den velkjente psykologen Carl Rogers definerer dette som «the therapist's sensitive ability and willingness to understand the client's thoughts, feelings and struggles from the client's point of view. [It is] this ability to see completely through the client's eyes, to adopt his frame of reference» (Rogers, 1980, s. 85).

Man har også funnet at elementer i sosial interaksjon, som nonverbal bevegelse, og synkronisering i tonefall, er relatert til det relasjonelle båndet (Wampold & Imel, 2015, s. 55).

## 2.3 Kommunikativ musikalitet

Allerede før fødselen blir babyer tiltrukket av musikk (Mazokopaki & Kugiumutzakis, 2009, s. 187), og eksperimenter viser at spedbarn blir roligere, og viser en større nedgang i stressnivåer når de hører mor synge, enn når hun snakker (Brean & Skeie, 2019, s. 20-21). Disse funnene forteller oss at vi er født med behovet for musikk, og en evne til å la oss berolige av musikk, noe forskerne har betegnet som vår «kommunikative musikalitet». Dette begrepet ble opprinnelig formulert av Malloch og Trevarthen, som gjennom mikroanalyser av interaksjonene mellom mor og spedbarn, oppdaget at kommunikasjonen inneholdt flere musikalske attributter som puls, rytme, tonehøyde og bevegelse (Malloch & Trevarthen, 2009, s. 4). Ut fra disse funnene konkluderte de med at alle mennesker har en iboende kapasitet for å relatere til, sette pris på, og kommunisere gjennom musikk. Denne kapasiteten blir forstått som et fundament for utviklingen av språket, i tillegg til å danne grunnlaget for musikalske interaksjoner. Kommunikativ musikalitet ses på som et grunnleggende psykososialt behov som stammer fra medfødte motiver for forståelse og samarbeid mellom individer og samfunn:

«We should view musicality and the enjoyment of music as a psychosocial need that derives from innate motives for sympathetic understanding and cooperation between individuals and generations...Musicality, by attracting sympathy through the pulse of moving, brings minds into companionship, affirms one's social identity and creates unforgettable narratives of feeling in community» (Mazokopaki & Kugiumutzakis, 2009, s. 187).

I følge Trevarthen og Malloch gir kommunikativ musikalitet et rasjonale for å bruken av musikkterapi, siden alle mennesker trenger å være inntonet på, og være i takt med andre mennesker for sunn emosjonell og kognitiv utvikling (Trevarthen & Malloch, 2000).

Pavlicevic og Ansdell har utvidet «kommunikativ musikalitet» med begrepet «collaborating musicking», i et forsøk på å ta mer hensyn til kontekst og kultur (2009, s. 357). De hevder at selv om kommunikativ musikalitets-begrepet har vært en stor berikelse for musikkterapifeltet,

forklarer det ikke tilstrekkelig alle de sosiale og kulturelle aspektene ved musikk. Rammeverket deres består av et hierarki, illustrert gjennom en opp ned pyramide (s. 362-363). Her ligger «kommunikativ musikalitet» nederst, som betraktes som en kjernekapasitet for alle mennesker, slik det er formulert av Malloch og Trevarthen. «Musicianship» er situert rett ovenfor, og refererer til evner, holdninger, og personlige ressurser som personen har utviklet i relasjon til musikk, som blir formet av kulturen man vokser opp i (Stige & Aarø, 2012, s. 124). På toppen ligger «musicking», som handler om at musikk er en aktivitet man tar del i, som hviler på vår medfødte, kommunikative musikalitet, men samtidig på spesifikke tradisjoner av «musicianship». De lavere egenskapene er nødvendig for de høyere, men samtidig er det i følge forfatterne en gjensidig påvirkning, hvor «musicking» strekker «musicianship», som videre stimulerer vår kommunikativ musikalitet.

## 2.4 Traumeperspektivet

Begrepet «traume» har opp gjennom årene hatt en rekke ulike definisjoner i faglitteraturen, men kan blant annet defineres som «the result of an event, a series of events, or a set of circumstances that one experiences as physically or emotionally harmful or life threatening, with lasting impacts on their physical, social, emotional, or spiritual wellbeing» (SAMSHA, 2014). De siste tiårene har det skjedd store utviklinger på traumefeltet. Flere store populasjonsstudier, og fremskritt på det nevrobiologiske fagfeltet har åpenbart at traumatiske erfaringer i oppveksten er mer vanlig og mer alvorlig enn først antatt. Den berømte «ACE»-studien, som har kartlagt slike belastninger i over 17 000 voksne, fant for eksempel at 61% av deltakerne hadde opplevd minst én krenkende erfaring, mens nesten en sjettedel hadde blitt utsatt for fire eller flere belastninger<sup>4</sup> (CDC, 2022). I tillegg fant man en lineær sammenheng mellom antall belastninger en person hadde blitt utsatt for i oppveksten, og sannsynligheten for å utvikle psykiske og somatiske helseplager senere i livet.

Denne studien, i tillegg til andre studier (Sroufe et al., 2005), har bidratt til et skifte i forståelsen av traumer, som tidligere i større grad ble forbundet med enkelthendelser som krig, naturkatastrofer eller overgrep, til at man nå retter et større fokus mot vedvarende

---

<sup>4</sup> Belastende faktorer inkluderte å være eksponert for eller vitne til fysiske eller seksuelle overgrep, omsorgssvikt, skilsmisse/seperasjon, å vokse opp med en forelder som sitter i fengsel, eller med foreldre med alvorlige psykiske lidelser eller rusproblemer.

belastende erfaringer i barndommen. For personer med alvorlige psykiske lidelser tyder forskningen på at forekomsten av traumatiske belastninger er en god del høyere enn hos den generelle befolkningen (McFarlene et al., 2001; Mueser et al., 1998). Carr med kolleger har gjort en systematisk litteraturgjennomgang av traumer og psykiske lidelser, og fant at traumer i barndommen var sterkt assosiert med en utvikling, opprettholdelse og forverring av psykiske lidelser som schizofreni, alvorlige affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser (Carr et al., 2013). I følge Veldhuizen (2013), har man også funnet at svært mange av pasientene i FACT-gruppen sliter mer med traumatiske opplevelser enn man opprinnelig hadde tenkt. Bevissthet og forståelse rundt traumer er derfor viktig i møte med denne målgruppen. I følgende avsnitt skal jeg oppsummere funn og teorier fra det nevrobiologiske feltet som danner et viktig grunnlag for den nye traumeforståelsen.

### **2.4.1 Traumer og hjernen**

Tidligere ble hjernen sett på som et relativt primitivt organ som forandret seg lite gjennom et livsløp, men takket være ny teknologi og fremskritt på det nevrobiologiske feltet har vi fått en helt ny forståelse for hvor kompleks dette organet egentlig er (Kolk, 2015, s. 39). Hjernen forandrer seg konstant gjennom hele livet, såkalt «nevroplastisitet», og endringskapasiteten er særlig stor de første leveårene (Siegel, 2020, s. 22). Relasjonelle erfaringer vi gjør oss i denne fasen vil derfor ha store implikasjoner på hvordan vi samhandler med andre senere i livet.

I møte med trusler og farer har kroppen et alarm- og reguleringsystem som samarbeider på en raffinert måte i håndteringen av disse (Nordanger & Braarud, 2017, s. 59-62).

Alarmsystemet, som består av ulike strukturer i de mer primitive delene av hjernen, setter først i gang ulike prosesser i kroppen slik at vi kan respondere raskt og effektivt på trusselen. Hvis det viser seg at det ikke var en reell fare likevel, forsøker reguleringsystemet å bremse ned alarmreaksjonene og å roe kroppen ned igjen. Mens alarmsystemet er funksjonelt fra fødselen av, er ikke reguleringsystemet enda utviklet hos barn, men utvikles gradvis gjennom oppveksten ved hjelp av primære omsorgsgivere. På grunn av hjernens endringskapasitet fører gode erfaringer av å bli regulert, for eksempel gjennom den voksne sin kroppskontakt eller rolige stemme, til at reguleringsystemet blir styrket og utviklet. Traumatiske opplevelser vil derimot styrke og føre til et sensitivt alarmsystem.

## 2.4.2 Toleransevinduet

En konsekvens av et sensitivt alarmsystem er at man får et smalt toleransevindu for affekt. Toleransevinduet refererer til en sone som representerer optimal fysiologisk aktivering (Siegel, 2012, s. 281-282). Når vi befinner oss i denne sonen får våre kognitive funksjoner mest mulig albuerom, noe som gjør at vi kan lære effektivt og være oppmerksomt til stede her-og-nå. Er vi over denne sonen er vi i en såkalt «hyperaktivert» tilstand med hjertebank, økt respirasjon og spenninger i kroppen, noe som kan føre til følelsesmessige reaksjoner som sinne, angst eller kaosfølelser. I motsatt ende har vi «hypoaktivering» som kan innebære nummenhet, nedstemthet eller handlingslammelse. Mange personer som har opplevd traumer vil, som følge av et sensitivt alarmsystem, være i konstant beredskap for potensielle farer, og de vil ha vanskeligheter med å skille mellom normale og truende omgivelser. Dette gjør at de lett kan havne utenfor toleransevinduet, og på grunn av et underutviklet reguleringsystem vil de også ha problemer med å regulere seg tilbake til toleransevinduet igjen, og de kan derfor risikere mer intense og langvarige hyper- og hyporeaksjoner (Nordanger & Braarud, 2017, s. 92).

## 2.4.3 Polyvagale teori

Porges sin polyvagale teori har vært med å utvide forståelsen av alarmsystemet vårt i møte med farer (Nordanger & Braarud, 2017, s. 83-84; Porges & Furman, 2011). I følge teorien hans består vagusnerven (vår viktigste nerveforbindelse mellom hjernen og kroppens organer) av to ulike forgreninger som er kommet på ulike stadier i evolusjonen. Når vi er i den optimale sonen i toleransevinduet, er den yngste forgreningen aktivert, det såkalte «sosiale engasjement-systemet». Dette systemet har koblinger med andre nerver som styrer ansiktsmuskulaturen, slik at vi gjennom mimikk kan oppnå trygghet gjennom sosial kontakt. Denne forgreiningen har også en slags bremse («vagusbremsen») som gjør at vi ikke så lett havner i en hyperaktivering. Når vi møter på trusler vil vi først forsøke å løse situasjonen gjennom det «sosiale engasjement-systemet», hvor vi vil søke etter hjelp, støtte og komfort hos andre rundt oss. Hvis disse sosiale strategiene ikke nytter, slippes «vagusbremsen» opp, og vi går inn i en hyperaktivering. Som en konsekvens av at det «sosiale engasjement-systemet» skrus av, vil man for eksempel ha vanskeligheter med å skille menneskelige stemmer fra bakgrunnsstøy. Hvis vi ikke kommer oss unna faren ved hjelp av hyperaktivering, vil den eldste forgreiningen i vagusnerven aktiveres, og vi går inn i en immobiliseringstilstand hvor vi enten kobler ut, fryser eller kollapser.

#### 2.4.4 Trygghet

Sett i lys av den ovennevnte forskningen på traumer, blir det å legge til rette for trygghet den mest sentrale oppgaven for hjelpeapparatet. Trygghet blir sett på som selve fundamentet i traumeinformert omsorg (Bath, 2015). Dette gjelder både at man kjenner på fysisk trygghet, ved at man ferdes i sikre omgivelser, men også sosial trygghet i form av gode og trygge relasjoner med andre. Å skape trygghet fungerer som en regulerende omsorg som bidrar til å roe ned alarmsystemet, samt styrke og utvikle reguleringsystemet, og på den måten kan toleransevinduet utvikles litt etter litt (Nordanger & Braarud, 2017, s. 85). Det å kjenne på trygghet er også tett koblet sammen med det sosiale engasjement-systemet. Porges snakker om en positiv spiral hvor følelser av trygghet kan legge til rette for sosial tilknytning, og suksessfulle sosiale interaksjoner, kan igjen stimulere til en økt følelse av trygghet (2011).

Det må likevel understrekes at trygghet og gode relasjoner ikke bare er relevant i en traumesammenheng, men at det er, slik Nordanger formulerer det, «allmenne behov som vi alle vokser på å bli møtt på» (Nordanger, 2022). Disse prinsippene er derfor relevant i alle terapikontekster, noe som blant annet har ført til at Howard Bath har omdøpt modellen sin fra «trauma informed care», til «transforming care» (Nordanger, 2022).

#### 2.4.5 Musikkterapi og traumer

De siste årene har det vært en økende brobygging mellom musikkterapi og traumefeltet. I litteraturen finner man et stort spenn av musikkterapitilnærminger. Nevrobiologiske perspektiver har for eksempel vektlagt hvordan musikkterapi kan være effektivt i henhold til å kontrollere sansestimuli og regulere emosjoner, mens mer kontekstsensitive retninger som samfunnsmusikkterapi, har fokusert på hvordan musikkterapi kan være med å styrke klientens ressurser og myndiggjøring, samt utfordre maktstrukturer som tillater og opprettholder traumer (Scrine, 2021).

Trygghet har også stått sentralt i litteraturen, og i McFerran med kolleger (2020) sin gjennomgang av forskningslitteratur på musikkterapi, rytme og traumer, ble dette trukket frem som en fellesnevner ved de ulike tilnærmingene de fant på feltet. Her bygger man blant annet på teorier fra Porges om det «sosiale engasjement-systemet», som nevnt ovenfor, spiller en nøkkelrolle når det gjelder tilknytning til andre mennesker. Traumer kan medføre at dette



systemet skrus av, og som et resultat vil man ha vanskeligheter med å inntone seg til, og være i «synk» med andre (Kolk, 2015, s. 213). Det å inkludere rytmeaktiviteter i behandlingen, som blir prosessert i de nedre og mer primitive delene av hjernen, blir av flere forskere foreslått som en god tilnærming i møte med personer som har opplevd traumer, og kan hjelpe disse personene til å komme i takt igjen (Kolk, 2015, s. 85, s. 122; Nordanger & Braarud, 2017, s.161-163). I følge Launay med kolleger (2013), kan det å synkronisere til en felles rytme være med å øke tilliten mellom individene som spiller, og gi en form for gruppeidentitet. Maier har også bemerket seg dette: «It is almost impossible to dislike someone while you are rhythmically in synch with them» (Maier, 1992, s. 7).

Musikkterapi kan være et godt alternativ til samtalebehandling, som i mange tilfeller kan være utfordrende siden traumer er noe som blir opplevd i de mer primitive regionene i hjernen, hvor det ikke eksisterer språk. Suksessen av verbal terapi avhenger derfor av at man har bygd opp nok tillit til at alarmsystemet har fått roe seg ned. (Bath, 2015). Nordanger og Braarud understreker likevel at personer som har opplevd traumer fortsatt kan ha god nytte av samtalebehandling, men at den største endringen trolig skapes gjennom å appellere til de de lavere «etasjene» i hjernen (2017, s. 145). Musikk, er i følge forfatterne, en av tilnærmingene som innehar nettopp denne egenskapen. Musikkutøvelse regnes som en av de mest komplekse aktivitetene vi kan foreta oss, og omtrent alle hjerneområdene, både i høyere- og lavereliggende strukturer, er aktivert når vi musikerer (Brean & Skeie, 2019, s. 115-116).

Stefan Koelsch har sammenfattet flere viktige sosiale funksjoner musikk har, basert på metaanalyser av studier som tar for seg koblinger mellom musikk og hjernen (Koelsch, 2014). Dette kan være relevant i en traumesammenheng, hvor etablering av trygge og gode relasjoner ses på som fundamentalt. Her vektlegges musikkens kapasitet til å aktivere belønningssystemer i hjernen, som blant annet fører til en frigjøring av hormonet «dopamin», som er assosiert med positive emosjoner som glede og lykke, og som også kan føre til fysiske reaksjoner som frysninger og gåsehud (Koelsch, 2014). Når musikken vekker glede, eller beveger oss, aktiveres også systemer i hjernen som er assosiert med sosial tilknytning (Koelsch, 2022). En av de sosiale egenskapene Koelsch trekker frem handler om musikkens evne til å forene oss emosjonelt. Det å oppleve musikk sammen med andre fører til at individuelle emosjonelle tilstander blir mer homogene, og man kjenner seg mer som en enhet, noe som kan være med å redusere konflikter og bidra til en positiv gruppetilhørighet (2014). Koelsch vektlegger også «samarbeid» som et viktig sosialt aspekt ved musikken. Et

musikalsk samspill krever at man må ha en felles oppmerksomhet og samarbeide om å nå et mål, og dette er noe som virker tillitsbyggende, og øker også sannsynligheten for et fremtidig samarbeid (2014).

Selv om musikkterapi blir sett på som en lovende tilnærming i møte med traumer, er McFerran med kolleger likevel kritiske til mye av forskningen som er blitt gjort på feltet (2020). Forfatterne pekte for eksempel på en «reduksjonistisk trend», hvor ønsket om å finne et vitenskapelig rasjonale for bruken av musikkterapi, gjennom å fokusere på musikkens påvirkning på hjernen, virket å lede oppmerksomheten vekk fra den terapeutiske relasjonen. I tillegg mente de at mye av forskningen bar preg av lite refleksivitet, bruk av kontrollgrupper, eller andre strategier som kan gi et mer vitenskapelig grunnlag på hvorfor musikkterapi kan være nyttig i møte med traumer. De etterlyste derfor mer helhetlige forskningstilnærminger på feltet, som involverer rasjonelle koblinger mellom forskerens intensjoner, musikkmetoder, og metodologier.

## 3.0 Metode

I denne delen vil redegjøre for mitt vitenskapsteoretiske grunnsyn. Dette synet danner grunnlaget for mitt valg av forskningsdesign, samt metode for datainnsamlingen, som jeg også skal ta for meg i dette avsnittet. Jeg kommer i tillegg til å drøfte etiske aspekter rundt studien.

### 3.1 Epistemologi

Epistemologi kan oversettes med «kunnskap» eller «hvordan vi vet hva vi vet», og søker å forstå hvor og hvordan vi tilegner oss kunnskap (Matney, 2018). Den epistemologiske posisjonen kommuniserer forskerens overordnede antakelser om hvordan kunnskap blir generert i en gitt studie (2018). Crotty skiller mellom tre forskjellige epistemologiske posisjoner: Objektivisme, subjektivisme og konstruksjonisme (Crotty, 1998, s. 8-9). Dette prosjektet grunner i et konstruksjonistisk vitenskapssyn. Et slikt syn hevder at sannhet eller kunnskap ikke er noe objektivt som kan bli «funnet», men er noe som blir konstruert gjennom interaksjoner mellom det objektive og subjektive, gjennom vårt eget engasjement med verden (s. 8-9). Kvale og Brinkmann sin metafor om intervjuforskeren som turist illustrerer dette på en god måte. Metaforen beskriver hvordan turisten betrakter kunnskap som historier og fortellinger som har blitt utfoldet gjennom samhandling og refleksjon ute på reisen, og som igjen kan gi en ny forståelse når historien deles når vedkommende kommer tilbake (2015, s. 71-72). Det er flere forskjellige forskningstradisjoner som kan plasseres under en konstruksjonistisk epistemologi. En av dem er den hermeneutiske tradisjonen, som dette prosjektet springer ut fra.

### 3.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk beskrives som læren om fortolkning, og har historisk sett handlet om å finne mening i tekster, men har i nyere tid blitt utvidet til å omhandle fortolkningen av hele mennesket (Gamlund et al., 2016, s. 37). Gadamer er en av flere viktige filosofer som har formet den hermeneutiske tradisjonen. Han hevdet at når vi skal prøve å forstå noe, begynner vi ikke med blanke ark, men vi gjør det alltid i lys vår forforståelse, eller forståelseshorisont, som vil si summen av alle bevisste og ubevisste oppfatninger en person har (Gamlund et al., 2016, s. 47). Malterud beskriver denne forforståelsen som en ryggsekk bestående av erfaringer, hypoteser og teoretisk bakgrunn som vi går inn i forskningsprosjektet med før

prosjektet starter, og som vil være med å påvirke hvordan vi samler inn, leser og tolker dataene våre (Malterud, 2018, s. 44).

Forforståelsen er ofte det som motiverer oss til å drive med forskning på et bestemt tema, og i mitt tilfelle har min interesse og tro på musikkterapi inn mot psykisk helse- og rusfeltet spilt en sentral rolle bak valget mitt. I tillegg har jeg en tanke om at musikkterapi kan være et godt og viktig bidrag inn i et FACT-team. I følge Malterud er alle disse aspektene gyldige motiver for forskning, og som kan være nyttige i forskningsprosessen (2018, s. 45). Samtidig er det en fare for at jeg kan risikere å ønske å bekrefte mine egne forventninger, og neglisjere eller overse funn som bryter med mine antakelser. Her blir det viktig å gjøre tiltak for å unngå at ens forforståelser påvirker forskningen på en uheldig måte. Et av disse tiltakene kan være økt bevisstgjøring rundt ens forforståelser, som gjøre at det blir enklere å oppdage tolkninger og perspektiver som ikke er en del av ens forforståelse (Johansson, 2016). Johansson beskriver også hvordan forskerens åpenhet rundt sine forforståelser kan gjøre at andre lettere kan vurdere forskerens tolkninger på en god måte. Et annet grep som kan gjøres er å gå gjennom datamaterialet sammen med andre, noe jeg gjorde sammen med min veileder.

Et sentralt begrep i den hermeneutiske tradisjonen er «den hermeneutiske spiralen». Det har tradisjonelt vært to måter å forstå denne spiralen på, og begge disse er relevante i dette prosjektet. I den eldre tradisjonen refererer den til forholdet mellom helheten og de enkelte delene i et verk man skal fortolke. «Gjennom en kontinuerlig bevegelse og veksling mellom del og helhet bringes man stadig mot en større og dypere forståelse av dem begge» (Johansson, 2016). I diskusjonsdelen vil jeg for eksempel kontinuerlig bevege meg mellom datamaterialet (del) og det teoretiske rammeverket (helhet), noe som vil gi en økt forståelse av både helheten og delene.

I nyere hermeneutisk tenkning, som hos Gadamer og Heidegger, ser man på sirkelen som noe som utspiller seg mellom verket og personen som tolker verket (Gamlund et al., 2016, s. 53). Når vi skal sette oss inn i noe nytt, som for eksempel en tekst, vil denne tekstens horisont være med å utfordre og utvide vår egen horisont. Vår utvidede forståelseshorisont vil igjen påvirke hvordan vi fortolker nye fenomener. Arbeidet med dette prosjektet vil for eksempel føre til at jeg tilegner meg nye forståelser rundt temaet, noe som vil lede til en endring i min forforståelse, som igjen vil ha konsekvenser for hvordan jeg kommer til å arbeide videre med prosjektet (Johansson, 2016).

### 3.3 Kvalitativ forskning

Formålet med dette prosjektet er å utforske det tverrfaglige teamets opplevelser av musikkterapi. Fokuset ligger på personlige erfaringer og meningsinnhold, og målet er forståelse snarere enn forklaring. I et slikt tilfelle er en kvalitativ tilnærming velegnet (Malterud, 2018, s. 31). Malterud definerer kvalitative metoder som «forskingsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres» (Malterud, 2018, s. 30). Denne tilnærmingen er ofte nyttig når vi skal utforske fenomener vi har lite kjennskap til fra før. Her kan man generere forskningshypoteser som senere kan bli testet grundigere gjennom kvantitative metoder (Stewart & Shamdasani, 2015, s. 46). Dette prosjektet vil ha et eksplorerende design, som vil si at man ikke tar alle valgene på forhånd, men at veien blir til mens man går, etterhvert som man tilegner seg ny kunnskap (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010, s. 10).

### 3.4 Fokusgruppeintervju

I dette prosjektet har jeg benyttet meg av fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling. I en fokusgruppe samler man en gruppe deltakere som skal dele sine synspunkter og diskutere rundt et bestemt tema (Traynor, 2015). Denne metoden egner seg godt hvis man har tenkt å undersøke opplevelser, holdninger eller synspunkter i et miljø hvor mange personer samhandler (Malterud, 2012, s. 22), noe som er tilfellet i et FACT-team. En fordel med fokusgruppeintervjuer er at informantene må forholde seg til hverandres meninger, noe som kan føre til at man får frem mer informasjon og flere nye perspektiver enn hvis man bare intervjuer en-til-en (Malterud, 2012, s. 22). Man kan få en snøballeffekt hvor en persons uttalelser kan føre til en kjede av responser fra de andre deltakerne. Et fokusgruppeintervju skiller seg også fra et dybdeintervju ved at man ikke er nødt til å besvare alle spørsmålene hvis man ikke har noen klare meninger om det, siden det er andre i gruppen som har mulighet til å svare. Dette kan potensielt lede til mer spontane og genuine uttalelser, og danne et mer riktig bilde av deltakernes synspunkter. (Stewart & Shamdasani, 2015, s. 47). I tillegg krever det mindre ressurser å gjennomføre fokusgruppeintervju sammenlignet med dybdeintervjuer.

## 3.5 Gjennomføring av fokusgruppeintervju

I dette avsnittet vil jeg redegjøre for rekrutteringsprosessen, forberedelser, struktur, moderatorteknikker, opptak og transkribering av intervjuet.

### 3.5.1 Rekruttering

Til dette prosjektet valgte jeg å rekruttere personer fra det tverrfaglige FACT-teamet. Hovedgrunnen bak dette valget handler om at det tverrfaglige teamet samarbeider tett sammen med musikkterapeuten og har derfor et godt innblikk i musikkterapeutens rolle i FACT-teamet. Jeg vurderte også lenge å gjøre dybdeintervjuer med FACT-pasienter, i tillegg til personalet. Etterhvert slo jeg likevel fra meg denne idéen, blant annet fordi musikkterapi er et relativt nytt tilbud i en FACT-sammenheng og det er derfor få personer som har benyttet seg av dette tilbudet. I tillegg vurderte jeg også det etiske aspektet bak å gjennomføre et intervju med fremmede personer jeg ikke har noe relasjon til fra før. Selv om flere av dem helt sikkert hadde taklet det helt fint, ønsket jeg ikke å risikere å påføre flere belastninger til personer som har mange utfordringer fra før. En fordel med å kun fokusere på det tverrfaglige personalet var at det var med å spisse oppgaven min ytterligere.

Når det gjelder rekrutteringsmetode har jeg basert meg på et strategisk utvalg hvor man forsøker å få tak i informanter som har mye å si om det aktuelle temaet, og som derfor kan belyse problemstillingen på en god måte (Malterud, 2012, s. 42). Rekrutteringen har foregått gjennom en «portvaktfunksjon», som vil si at man kjenner noen på innsiden som er sentral i rekrutteringsprosessen, som i dette tilfellet var musikkterapeuten (Malterud, s. 50-51). Her diskuterte vi sammen hvilke deltakere som var mest egnet til å belyse problemstillingen, mens musikkterapeuten som kjenner det tverrfaglige teamet best, tok den endelige avgjørelsen og spurte de aktuelle informantene om de ønsket å være med på prosjektet.

I en fokusgruppe er det viktig med en god balanse mellom fellesskap og mangfold (Malterud, 2012, s. 42). I dette tilfellet kjente gruppen hverandre godt fra før siden de daglig jobber sammen i det tverrfaglige teamet. Fordelen med dette er at det kan skape en trygg atmosfære, mindre spenninger, og en god flyt i samtalen. Ved å ha en for homogen gruppe risikerer man samtidig at det blir lite nyanser i datamaterialet. Jeg tilstrebet derfor å ha mange ulike yrkesroller representert, og fokusgruppen inkluderte en psykolog, en psykiater, en sosionom, en vernepleier og to sykepleiere. I tillegg var det ønskelig å inkludere en erfaringskonsulent i

fokusgruppen for å styrke brukerperspektivet, men vedkommende måtte dessverre melde frafall på intervjudagen på grunn av sykdom.

Antallet på en fokusgruppe varierer gjerne fra ca. fire til tolv deltakere (Malterud, 2012, s. 39-40). Fordelen med å ha mange deltakere er at det gir et større potensiale for å få mer varierte og mangfoldige data, men en større gruppe krever mye av moderators evne til å styre samtalen og man risikerer at noen av deltakerne ikke slipper skikkelig til (Malterud, 2012, s. 40). Det er også en fare for mer overfladiske svar (Malterud, 2018, s. 139). En mindre gruppe kan være enklere å håndtere, i tillegg til at man lettere kan skape en trygg atmosfære som gjør at deltakerne deler mer enn i en stor gruppe. Ved en liten gruppe risikerer man likevel at man får mindre mangfoldige data, at samtalen går tregere, og man er i tillegg mer sårbar for avlysninger. Jeg siktet meg inn på å ha seks deltakere på intervjuet, noe jeg også endte opp med. En av deltakerne måtte melde frafall på grunn av sykdom på intervjudagen, men vi klarte å få med oss en annen person på kort varsel.

I tillegg til antall deltakere en fokusgruppe skal inneholde må man ta stilling til hvor mange grupper man trenger for å belyse problemstillingen. Også her er det en fin balanse. Hvis man har for mange grupper kan man stå i fare for å få det Kvale og Brinkmann beskriver som «1000 siders problemet», hvor materialet er for omfattende til å kunne håndteres på en god måte og analysen blir derfor overfladisk og dårlig (2015, s. 216). Færre grupper gir mer oversikt, men vil samtidig gi et mindre grunnlag for å kunne gjøre en komparativ analyse på tvers av gruppene (Malterud, 2012, s. 39). Min opprinnelige plan var å gjennomføre fokusgruppeintervjuer med tverrfaglig personale fra to ulike FACT-team. Etter å ha forhørt meg med flere ulike team viste dette seg imidlertid å være vanskelig å få til. Hovedårsaken var at det var vanskelig å finne FACT-team med musikkterapeuter som en del av bemanningen, og av de få teamene som hadde det hadde personalet lite erfaringer med musikkterapi. Dette skyldtes enten at det var et helt nyetablert tilbud, eller at stillingsprosenten musikkterapi hadde inn mot FACT var lav. Jeg landet derfor på å gjennomføre intervju med bare ett team.

### **3.5.2 Forberedelser og planlegging**

Et fokusgruppeintervju krever mye forberedelser og planlegging på forhånd. Før jeg kunne gjennomføre intervjuet måtte jeg sende inn søknad til NSD (Norsk Senter for Forskningsdata)

for godkjenning av prosjektet. I forbindelse med søknaden til NSD utarbeidet jeg et informasjonsskriv om prosjektet som inkluderte et samtykkeskjema, samt en intervjuguide som skulle fungere som en veileder for meg under intervjuet. Denne inneholdt tolv spørsmål. I praksis la jeg opp til en løs struktur, og fokusgruppeintervjuet sentrerte rundt bare ett hovedspørsmål. Dette er i tråd med Malterud, som hevder at det er bedre å ha en fleksibel og improvisatorisk tilnærming, hvor man er åpen for å følge uventede retninger samtalen tar, i stedet for å krysse av på alle punktene i intervjuguiden (Malterud, 2012, s. 71-72).

En annen del av forberedelsene var å finne en dato som passet både for meg og alle deltakerne. Dette viste seg å være vanskeligere enn jeg på forhånd hadde antatt, og det var ingen dato som passet for alle deltakerne som vi først hadde rekruttert. Jeg måtte derfor rekruttere andre personer enn det jeg opprinnelig hadde tenkt. I tillegg kunne to av de seks informantene bare være med i 45 minutter i stedet for 90 minutter som var tidsrammen jeg opprinnelig hadde planlagt. Jeg anså det likevel som verdifullt å inkludere dem i intervjuet, og at de kunne bidra med mye selv om de ikke var med under hele intervjuet.

### **3.5.3 Struktur og moderatorteknikker**

Det er flere måter å organisere et fokusgruppeintervju på. I mitt tilfelle la jeg opp til en løs modell hvor jeg stilte få spørsmål, og ønsket å være åpen for ulike retninger samtalen tok, fremfor å holde meg stramt til intervjuguiden. Fordelen med en løs struktur er at samtalen i større grad kan formes av deltakerne, og at de får vektlegge aspekter som er meningsfylt og viktig for dem (Liamputtong, 2011). Ulempen med dette er at man lettere kan komme inn på temaer som ikke er relevante for problemstillingen. I tillegg kan det å stille få spørsmål føre til mer overfladiske, og mindre konkrete svar. I ettertid har jeg tenkt på at jeg kanskje burde ha stilt noen flere oppfølgingsspørsmål for å spisse temaet ytterligere og stimulere til en god samtaleflyt.

I gruppeintervjuer spiller moderator en viktigere rolle enn ved individuelle intervjuer. Moderatoren sin oppgave er å få deltakerne interessert i temaet, skape en åpen atmosfære der deltakerne prater løst og gir hverandre assosiasjoner som får frem nye fortellinger, i tillegg til å balansere samtalen slik at flest mulig får slippe til (Malterud, 2012, s. 72-73).



For å øve meg på moderatorrollen hadde jeg et prøveintervju med noen medstudenter. Her fikk jeg tilbakemeldinger på moderatorstilen og på hvilke spørsmål som var gode og hvilke som kanskje burde omformuleres eller sløyfes.

### 3.5.4 Intervjudagen

Før selve intervjuet begynte ble rommet gjort i stand med bord og stoler, lydopptakerne ble plassert på bordet, og snacks og kaffe ble gjort klart for å skape en hyggelig atmosfære. Jeg delte ut informasjonsskrivet/samtykkeskjema, som jeg også hadde sendt ut til deltakerne i forkant av intervjuet. Flere av dem hadde allerede signert før de kom, mens noen signerte der og da. Da alle hadde signert tok jeg på lydopptakerne og introduserte intervjuet. Her snakket jeg litt om gangen i intervjuet, og nevnte blant annet at jeg hadde lagt opp til en ustrukturert form med få planlagte spørsmål, hvor tanken var at vi følger retninger samtalen måtte ta. Jeg sa også at det var viktig med ærlige svar og at de ikke måtte være redd for å komme med kritikk. Jeg vektla også at det ikke var et mål å komme til enighet, men heller et ønske om å få frem et spekter av forskjellige synspunkter.

Før vi gikk inn på selve temaet tok vi en runde hvor deltakerne fikk presentert seg med navn og stillingstittel/rolle i FACT-teamet. Dette gjorde det enklere for meg å koble stemmene til rett person i transkriberingsprosessen. Etter dette bevegde vi oss inn i temaet, og jeg stilte spørsmålet «hvordan opplever dere musikkterapi i FACT-teamet?» Foruten å stille noen få oppfølgingsspørsmål holdt jeg meg mest i bakgrunnen og lot deltakerne diskutere seg i mellom. Mot slutten opplevde jeg at praten gikk litt seigere og at deltakerne gjentok seg selv litt. Det kan skyldes at de hadde fått sagt det de ønsket å si, men det kan også være en konsekvens av at jeg ikke stilte gode nok, eller for få oppfølgingsspørsmål.

Fokusgruppeintervjuet fikk imidlertid en uventet vending etter 45 minutter. Jeg var forberedt på at to av deltakerne bare kunne være med i 45 minutter, men plutselig måtte nesten alle dra, av ulike årsaker. Intervjuet ble derfor kortere enn jeg først hadde planlagt. I etterkant reflekterte jeg mye over om jeg hadde et tilstrekkelig datamateriale å arbeide med eller om jeg måtte arrangere en ny fokusgruppe. Etter å ha gått gjennom datamaterialet på egenhånd, i tillegg til å diskutere det sammen med veileder, landet jeg likevel på at det innsamlede materialet var godt nok til mitt formål. Et nytt intervju viste seg også å være krevende å gjennomføre på grunn av mye sykdom på avdelingen, noe som gjorde det travelt for dem som

var igjen på jobb. Jeg hadde likevel mulighet til å ta kontakt med deltakerne på mail for oppklaring og/eller fordypning i temaene som kom opp under fokusgruppeintervjuet.

### **3.5.5 Opptak og transkribering**

Intervjuene ble tatt opp med to lydopptakere. Dette for å sikre at ikke noe gikk tapt. Etter gjennomføringen transkriberte jeg intervjuet så fort som mulig når jeg hadde det ferskt i minnet. For å få mer helhet i teksten og for å ikke avsløre deltakernes dialekter valgte jeg å transkribere på bokmål.

Det er mange vurderinger som skal tas når man skal transkribere noe fra muntlig til skriftlig form. En direkte gjengivelse av deltakernes utsagn kan sette vedkommende i et dårlig lys da den muntlige talemåten ofte bærer preg av å være mer oppstykket og uformell enn skriftlig tekst (Malterud, 2018, s. 78). Hvis man beveger seg for langt vekk fra det opprinnelige utsagnet er risikoen derimot større for å gjøre feiltolkninger. I dette tilfellet gjorde jeg en forsiktig redigering av de muntlige utsagnene slik at det ble mer lettlest og sammenhengende. Hovedfokuset har vært på å få frem innholdet i samtalen, mer enn å fokusere språklige elementer og gruppedynamikk (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg utelot derfor språklige detaljer som sukking eller latter i transkripsjonen.

## **3.6 Kritikk av fokusgruppeintervju**

Som med alle metoder er det både fordeler og ulemper med fokusgruppeintervju. En ulempe med denne metoden er at det potensielt kan føre til en større konformitet hvor man sitter igjen med mer ensidige svar enn hvis man hadde intervjuet individuelt (Liamputtong, 2011, s. 9). Selv om jeg på forhånd informerte om at det var et mål å ha et spekter av ulike meninger, opplevde jeg kanskje at intervjuet bar preg av en samstemmighet hvor det var lite uenigheter. Det kan godt hende at dette har noe med temaet å gjøre, og at det ville vært et større mangfold i synspunkter hvis man diskuterte et annet tema.

En annen svakhet med fokusgrupper kan være at man svarer på et spørsmål som man egentlig ikke har så mye tanker eller erfaringer om. Selv om man i større grad kan lene seg på andre ved et fokusgruppeintervju enn ved dybdeintervjuer, kan man likevel risikere at noen svarer enten for å være høflig, eller at man ønsker å fremstå som kunnskapsrik og reflektert ovenfor meg eller de andre deltakerne (Krueger & Casey, 2015, s. 14).

Man kan også risikere at dominerende personer tar mye plass slik at ikke alle deltakerne slipper til (Stewart & Shamdasani, 2015). Her spiller moderator en viktig rolle i å gi alle rom til å snakke. Det at jeg var en ikke-styrende moderator kan ha hatt en negativ innvirkning på dette, og det var noen av dem som fikk sagt en god del mer enn andre. Det er likevel vanskelig å si om disse sa mindre om temaet fordi de ikke hadde så definerte meninger om det, eller om det var fordi at andre tok mer plass.

Fokusgrupper kan også kreve mer organisering enn individuelle intervjuer, og det viste seg som sagt vanskelig å finne en dato som passet for alle i gruppen. I ettertid ser jeg at jeg burde ha rekruttert flere deltakere for å ha en god margin i tilfelle uforutsette ting som sykdom og andre situasjoner som kan oppstå på arbeidsplassen.

### **3.7 Ethiske refleksjoner**

Det er flere etiske aspekter knyttet til kvalitativ forskning som må tas hensyn til i denne oppgaven. Kvale og Brinkmann gjengir fire områder som ofte diskuteres i forskningsetiske retningslinjer: Konfidensialitet, informert samtykke, forskerens rolle og konsekvenser (2015, s. 102).

Konfidensialitet handler om at man anonymiserer detaljer i intervjuet som kan være gjenkjennelige og at man behandler sensitive data med varsomhet (Fangen, 2019). Dette er spesielt viktig når man skal intervjuet et lite og særpreget utvalg. Et viktig ledd i prosessen med konfidensialitet og beskyttelse av personvernet har vært å søke til norsk senter for forskningsdata (NSD) for godkjenning av prosjektet, noe som ble godkjent den 28.09.2021. I forbindelse med denne søknaden ble det utformet et informasjonsskriv om prosjektet og samtykkeskjema for datainnsamlingen. Dette skjemaet ble sendt ut til deltakerne i forkant av fokusgruppeintervjuet, og signert da vi møttes. Etter intervjuet ble datamaterialet umiddelbart lastet opp på UiB sin krypterte database «SAFE» (Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur) i henhold til NSD sine føringer for oppbevaring og behandling av sensitiv informasjon til forskning. Opptakene ble videre slettet fra lydopptakerne. I transkriberingsprosessen ble deltakernes navn, kjønn og arbeidssteder anonymisert for å best mulig sikre at deltakerne ikke kan gjenkjennes.

Informert samtykke handler om at deltakerne i studien er grundig informert om hva som er hensikten bak studien, i tillegg til mulige risikoer ved å delta (Kvale & Brinkmann, s. 104). Det innebærer også at man forsikrer seg om at personene som deltar i studien gjør det frivillig, og at man informerer dem om at de når som helst kan trekke seg fra studien. Dette var tydelig formulert i informasjonsskrivet som ble sendt ut til deltakerne i forkant av intervjuet.

Et annet viktig etisk prinsipp er å ha en refleksiv holdning i forhold til ens ulike roller i forskningsprosjektet. I mitt tilfelle har jeg en rolle som både forsker, intervjuer og musikkterapistudent. «Refleksivitet er en kompetanse og en forskerposisjon som innebærer at forskeren evner å se betydningen av sin egen rolle i samhandling med deltakerne, de empiriske dataene, de teoretiske perspektivene, og den forforståelsen som forskeren bringer med seg inn i prosjektet» (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010, s. 17). Forskerens integritet er en nøkkelfaktor, og innebærer at funnene presenteres så nøyaktige og representative som mulig, og at man har en gjennomsiktighet i forhold til prosedyrene som ligger til grunn for konklusjonene, slik at andre kan kontrollere arbeidet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108).

Når det gjelder min musikkterapibakgrunn kan det både ha positive og negative innvirkninger på prosjektet. Fordelene med dette er at jeg lettere kan forstå de fenomenene og opplevelsene som kommer frem i intervjuene, enn en som er utenforstående. Det at jeg er en musikkterapistudent kan også medføre ulemper. Det er for eksempel en risiko for at personalet holder tilbake eller underdriver påstandene deres i frykt for å såre meg som musikkterapistudent. Her var det viktig for meg å formidle tydelig at jeg var interessert i ærlige svar og ikke var redd for kritikk.

I tillegg er det viktig å forholde seg hvilke konsekvenser deltakelse i forskningsprosjektet har for deltakerne, inkludert den større gruppen de representerer (Kvale & Brinkmann, s. 107). Summen av fordeler og viktigheten av kunnskap skal veie tyngre enn risikoen for å påføre deltakerne skade. Dette var en av grunnene til at jeg endte opp med å ikke intervju brukere. Jeg var også opptatt av at deltakerne skulle få noe igjen for å ta seg tid til å være med på prosjektet, og det ble for eksempel avtalt at jeg skulle komme å presentere masteren på arbeidsplassen etter at jeg hadde levert.

## 3.8 Dataanalyse

Etter at jeg hadde transkribert alle intervjuene gikk jeg i gang med analyseprosessen. Det er en rekke ulike tilnærminger som kan benyttes til dette formålet, men jeg valgte å ta i bruk tematisk analyse. Braun og Clarke definerer dette som «a method for systematically identifying, organizing, and offering insight into patterns of meaning (themes) across a data set» (2012, s. 57). Noe av begrunnelsen bak valget handler om at denne metoden er mindre komplisert, og er enklere å sette seg inn i enn andre tilnærminger (Braun & Clarke, 2012), noe som kan være en fordel da jeg ikke har veldig mye erfaring med dataanalysering fra før.

Forfatterne skisserer 6 ulike faser i en tematisk analyse:

1. **Bli kjent med datamaterialet.** Å lese grundig gjennom alt, ta notater og markere.
2. **Lage de første kodene.** Kode ulike data som fremstår som interessante å analysere.
3. **Finne tema.** Samle koder til noen potensielle temaer, og samle all relevant informasjon til hvert enkelt tema.
4. **Gå kritisk gjennom tema.** Vurdere om et tema kan brytes opp i flere undertemaer, og om kodene man har plassert til hvert enkelt tema er riktige etc. [SEP]
5. **Definere og gi temaer navn.** Finne treffende navn på hvert tema og undersøke om temaet stemmer overens med den overordnede «historien» som man forteller gjennom dataene.
6. **Skrive rapporten.** Finne tydelige sitater som understreker temaet og fortelle en overordnet historie som stemmer godt overens med forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2012, s. 60-69).

I henhold til denne fremgangsmåten leste jeg først gjennom hele teksten med transkripsjon flere ganger, og noterte ned noen stikkord som jeg synes var relevant, noe som ble sju punkter. Deretter kodet jeg materialet som jeg syntes var interessant og viktig, og disse kodene ble etterhvert til ulike tema. Hvert enkelt tema fikk sin unike farge, noe som gjorde det lettere å skille dem fra hverandre. Materiale som var vanskelig å plassere, ble satt i en egen kategori. Videre brukte jeg mye tid på å kvalitetssikre temaene, hvor jeg vurdere om temaene jeg hadde utformet gav mening, og om de passet inn i den store sammenhengen. Flere endringer ble gjort i denne prosessen. Temaene «lystbetont» og «mestring», ble for eksempel slått sammen til ett tema da jeg fant ut at det var for lite data som støttet opp under de respektive temaene. Dette temaet fikk etterhvert navnet «musikkterapi som døråpner til gode opplevelser»,

I tabellen nedenfor har jeg illustrert hvordan jeg gikk frem i analyseprosessen:

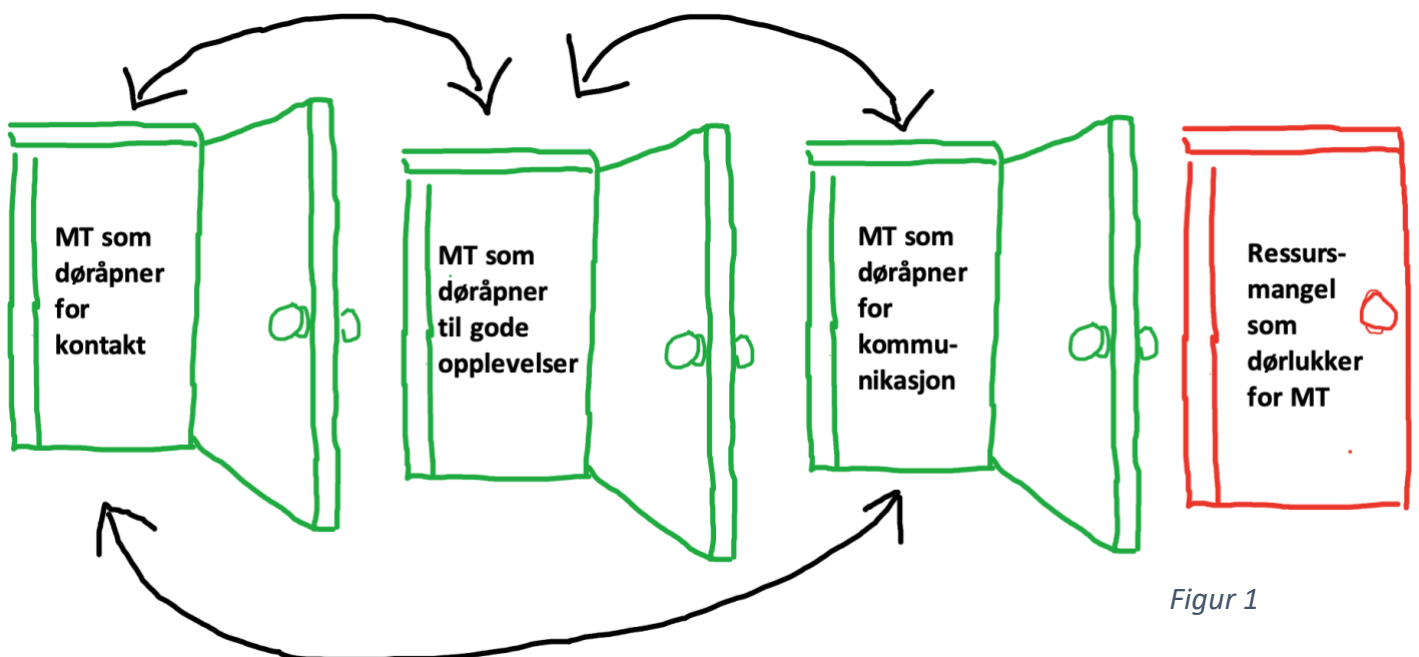
<b>Sitat</b>	<b>Kode</b>	<b>Tema</b>
<i>D5: Og så når vi snakker om tvunget vern, og når vi snakker om pasienter som ikke har gjennomført skole, som ofte har opplevd å være utenfor, og som har fått tilbakemeldinger på at de aldri kommer til å få seg en jobb, eller aldri kommer seg videre og integrerer seg i samfunnet, sant...Men så opplever de ofte mestring i musikkterapien, noen er jo kjempeflinke å skrive låter, eller til å spille et instrument som ikke andre kan, og bare den bekreftelsen på at de kan noe jo være veldig viktig.</i>	Tvunget vern  Være utenfor  Opplever mestring	Musikkterapi som døråpner til gode opplevelser.

Når jeg var ferdig med analyseprosessen sendte jeg de sitatene jeg ønsket å bruke i masteren til deltakerne i fokusgruppeintervjuet. Her ble de spurt om å komme tilbakemeldinger hvis de ønsket å endre eller utdype noe av det de sa. På den måten sikret jeg meg at jeg ikke gjorde feilaktige tolkninger av utsagnene deres.

## 4.0 Funn

Dataanalysen resulterte i fire funn:

- Musikkterapi som døråpner for kontakt
- Musikkterapi som døråpner til gode opplevelser
- Musikkterapi som døråpner for kommunikasjon
- Ressursmangel som dørlukker for musikkterapi



Figur 1

Musikkterapi som «døråpner» var det gjennomgående temaet i fokusgruppeintervjuet. Intervjuet startet med det åpne spørsmålet om hvordan deltakerne opplevde musikkterapi i FACT-teamet. Da kom de kjapt innpå dette temaet, og det var også noe som preget resten av intervjuet. Denne metaforen var derfor relevant å ta i bruk som en fellesnevner på alle kategoriene, noe som er illustrert gjennom figur 1. Som vi ser av pilene er flere av temaene tett sammenvevd. Temaet «musikkterapi som døråpner til gode opplevelser» handler for eksempel om hvordan musikkterapi kan være en inngangsport til gode opplevelser som mestring og glede. Dette ble av deltakerne også knyttet til temaet «musikkterapi som døråpner for kontakt», hvor fokuset på disse gode opplevelsene var noe av det som gjør at

musikkterapeuten klarer å etablere kontakt og å skape en allianse. Jeg skal nå gå grundigere gjennom de fire kategoriene.

## 4.1 Musikkterapi som døråpner for kontakt

Et sentralt tema i intervjuet handlet om hvordan musikkterapi kan være en døråpner inn til personer som ellers er vanskelig å nå, og som ofte er lite motivert for behandling. Deltakerne beskrev hvordan musikk er noe som berører oss alle, og på den måten kan musikken åpne opp noen rom som gjør det lettere å oppnå kontakt.

*D4: Det er jo mange av våre pasienter som kanskje ikke har vært så lett å nå på andre måter...du får de ikke i gang med noe som helst, men så kommer musikkterapi da, sant...de er interessert i musikk. Musikkterapeuten har jo fått kontakt med pasienter her som vi tidligere ikke har fått til noen ting med.*

D6 spiller videre på dette:

*D6: Ja, han kan nå inn da på en annen måte enn oss. Mens pasientene gjerne opplever at vi maser mer, for vi vil jo sette i gang mye...så har han...vet ikke, det kan være mindre prat og, og så fokuset på musikk...alle har jo minner med musikk, sant.*

D4 snakket om den kunstige stemningen som ofte kan oppstå når man sitter og snakker rundt et bord, men at musikken kan skape en løsere stemning hvor man lettere kan få tilgang til pasientene:

*D4: For mange er det jo en veldig...og det tenker jeg jo selv mange ganger og, sant, at i en vanlig terapeutisk setting så sitter det da en lege eller en behandler på en side av bordet, og så pasienten på andre siden...altså bare stemningen i en sånn setting kan bli veldig trykkende, «ja, hva skal jeg si nå», «hva forventes av meg». I en annen setting der man enten spiller musikk, går tur eller gjør noe helt annet, så er det mye lettere å få tilgang til pasientene. Det er ofte en kunstig setting å sitte inntil et bord å snakke.*



Musikkterapiens funksjon som en inngangsport har gjort at de har vært nødt til å prioritere tilbudet til de personene som de ikke oppnår noe kontakt med. Det at noen oppretter den viktige førstekontakten gjør at man etterhvert kan koble på flere i teamet:

*D5: Men vi ser jo effekten av hvor viktig det kan være, i hvert fall i starten for å koble på andre...om det er kommunale tjenester, eller FACT-team, eller psykolog, eller overlege, bare at man har et startpunkt, at noen oppnår noe kontakt.*

## **4.2 Musikkterapi som døråpner til gode opplevelser**

Deltakerne var opptatt av hvordan musikkterapi tilbyr et annet fokus enn på sykdom og symptomer, og kan være et lyspunkt i en hverdag preget av mye tungt og trist.

*D4: Og så er det jo mye tungt og trist og mørkt i psykiatrien, sant, vi har jo pasienter som er på tvunget vern, og det er mye som ikke er lystbetont, og da er det viktig med noe som kan være lystbetont altså.*

D5 spiller videre på dette og hevder at det noen ganger kan være lettere for musikkterapeuten å danne en relasjonsallianse siden han har et annet fokus enn på symptomer og medisiner.

*D5: Jeg tror at det innimellom er litt lettere med musikkterapeuten å bygge en relasjonsallianse enn med resten på grunn av at flere føler seg observert eller overvåket i forhold til enten medisiner eller at vi leiter etter symptomer og sårne ting.*

Her vektlegges musikkterapeutens recoveryorienterte fokus, hvor det står sentralt å møte pasientene hvor de er i deres opplevelser og å støtte deres personlige mål.

*D5: Og hvis vi tenker på FACT-modellen så jobber han der hvor pasientene er, både hvor de er i deres opplevelser, følelser og identitet, og med mål som de selv ønsker å gjennomføre, om det er å lage musikk, skrive tekster, få mer selvtillit, eller å jobbe med identitet...han jobber virkelig recoveryorientert... i tillegg til at han også med noen personer reiser hjem til de og møter dem der. Så han jobber både her på*

*arbeidsstedet/musikkterapirommet, og at han tar med instrumenter og oppsøker pasientene, i tillegg til å legge til rette for konserter.*

Betydningen av mestringsopplevelser, og hvordan musikkterapi kan legge til rette for dette, var også et viktig fokus i intervjuet. D4 pekte på hvor viktig det er å kjenne på at man får til noe:

*D4: Vi ser jo uansett hva det er, om det er musikk eller jobb eller andre ting...dette med at pasienten opplever mestring. At de faktisk får til noe, hvor viktig det er. For der ligger det en voldsom tilhelende kraft tenker jeg. Så om det er musikk eller hva det enn er, det spiller ikke noen rolle, men det at man opplever at man får til ting, da retter man opp ryggen, og da øker selvfølelsen og man får en sånn positiv spiral oppover.*

D5 spiller videre på dette, og reflekterer rundt viktigheten av å få en bekreftelse på at man kan noe, i en hverdag hvor man har få mestringsarenaer og ofte kan kjenne på utenforskap.

*D5: Og så når vi snakker om tvunget vern, og når vi snakker om pasienter som ikke har gjennomført skole, som ofte har opplevd å være utenfor, og som har fått tilbakemeldinger på at de aldri kommer til å få seg en jobb, eller aldri kommer seg videre og integrerer seg i samfunnet sant...Men så opplever de ofte mestring i musikkterapien...noen er jo kjempeflinke å skrive låter, eller til å spille et instrument som ikke andre kan, og bare den bekræftelsen på at de kan jo være veldig viktig. Det var en pasient som skrev sånne rap-sanger, og han hadde somatiske utfordringer, rusproblemer, og ikke et fast sted å bo, men i musikken kunne han vise hvor flink han var med å skrive tekster...og det var jo kjempeflotte tekster, og det var jo nesten sånn «herregud, hvordan har du lært det»?*

D6 kobler denne mestringsfølelsen til musikkens døråpnerfunksjon.

*D6: Noen har jo blitt sendt rundt i mange år fra kontor til kontor og sykehus til sykehus og vil ikke ha alt mulig prasket ned over seg, men musikken er en mestringsfølelse sant, man får en sånn fin inngangsport der.*

I tillegg til mestringsopplevelser, nevner D3 også hvordan musikkterapi kan skape en opplevelse av tilhørighet og fellesskap.

*D3: Musikkterapeuten bruker jo veldig seg selv i musikken, han synger, han spiller, og gjør noe sammen med de, sant, noe som gjør at man kan få en opplevelse av å være et fellesskap.*

### **4.3 Musikkterapi som døråpner for kommunikasjon**

Flere av deltakerne beskrev også hvordan det for mange av pasientene ofte kunne være lettere å formidle seg gjennom musikk enn via språket.

*D5: Jeg har erfart at musikkterapi kan bidra spesielt godt i møte med pasienter som mangler ord. Når de skal beskrive hvordan de har det, hvordan det går, og når vi forsøker å sette noen fremtidsmål. Når de ikke har språk og funksjonsnivået er veldig lavt, så er det mye lettere for dem å vise hvordan de har det via musikken. Og det opplever jeg som veldig viktig, for vi prøver jo å tilpasse oss både språk og forståelse, men jeg ser ofte hvor mye lettere det går når musikkterapeuten jobber parallelt med meg, og hvordan pasienter tror på seg selv etterhvert, når de tidligere i en vanlig samtale ikke tror at de får ting til.*

D3 forteller om et konkret eksempel om en pasient som fikk mye ut av musikkterapien:

*D3: Altså han vokste veldig på det, han fant sin greie i musikken så det er veldig positivt, og det var mye lettere for han å formidle følelser og tanker uti musikken enn i en samtale.*

Flere av deltakerne la vekt på hvordan musikklåter og musikksjangre kan være en tryggere måte å åpne seg opp på, enn direkte gjennom en samtale.

*D5: Musikk er jo en del av hverdagen våres...og man blir jo hektet på den ene eller den andre låten som også ofte gjenspeiler hvordan du har det, sant...jeg tror at det av og til er mye lettere å si, «hør på den låten, sånn føler jeg meg», «det kjenner jeg meg igjen i», enn å skulle hente frem dårlige opplevelser og snakke om det, sant, det blir nesten sånn retraumatisering.*

I tillegg til å være en nonverbal formidlingsarena pekte D2 på hvordan musikkterapi også kan være med å åpne opp for det verbale, og på den måten gi det tverrfaglige teamet noe å bygge videre på:

*D2: Musikkterapeuten skriver jo ofte noe om hvilke temaer de har vært innom gjennom musikken. For eksempel hvis pasienter presenterer musikk for musikkterapeuten, og de lytter sammen sant, så er det ofte et tema, og så kan jeg spille videre på det temaet, som for eksempel skam, eller å føle seg fremmedgjort. Da kan jeg ta opp de temaene og snakke videre om det uten musikken. Jeg synes at den prosessen musikkterapeuten fasiliteter gjør at det blir mer tilgjengelig for meg og tar det mer over i det verbale.*

#### **4.4 Ressursmangel som dør lukker for musikkterapi**

Selv om deltakerne generelt var veldig positive til musikkterapitilbudet, pekte de også på flere utfordringer, som stort sett var relatert til ressursbegrensninger. Dette var et tema som deltakerne kjapt kom innpå, og det virket som at det var viktig for dem å nevne. En av deltakerne trakk frem mangel på oppfølgingstilbud i lokalmiljøet som en utfordring:

*D3: Men det er jo det vi også savner, når de er ferdige med musikkterapi...hva som er der ute...for der er det mangelvare, sant. Det er ikke alle steder uti kommunen hvor de har et tilbud som kan være en forlengelse av å holde på med det som de gjerne har tilegnet seg, nye kunnskaper og nye interesser...og da kan det falle litt i fisk, for noen.*

I tillegg snakket flere av deltakerne om hvordan musikkterapi er en begrenset ressurs på arbeidsplassen. Dette har gjort at de har måttet prioritere musikkterapeuten til de personene som er vanskeligst å nå ut til.

*D4: Det som er synd er jo at han er jo en relativt begrenset ressurs på huset...det er jo så mange, mange flere som skulle fått musikkterapi tenker jo jeg, men det er jo klart at vi har måttet prioritere han for de som vi ikke kommer frem til og som vi ikke når inn til og som vi tenker at han kan gi/bidra med noe...så vi har på en måte prioritert hans ressurs der, og det er jo litt synd at det ikke er flere som får muligheten.*

Det kom tydelig frem at musikkterapitilbudet var et populært tilbud som ofte var fullt. Dette ble sett på som positivt i seg selv, men konsekvensen av dette var også at det oppsto en flaskehals. Dette problemet kunne delvis knyttes opp mot en mangel på oppfølgingstilbud i lokalsamfunnet, da dette gjorde det vanskeligere for musikkterapeuten å skrive ut, og å sende pasienter videre.

*D1: Det som er veldig synd er at han har de 20 timene, og kanskje noen ganger kjører han litt lenger, men så blir det en sånn liten flaskehals. Vi har så veldig mange i og med at vi har så gode erfaringer...*

Det store presset på musikkterapitilbudet gjorde at de nesten måtte være litt reservert med å tilby det til nye pasienter.

*D5: Ellers så er det nesten så man må passe på at man ikke forespeiler det i første samtale på grunn av at alle har jo lyst på det og så blir det mye press, sant.*

I tillegg til ressursbegrensninger, anbefalte også D5 å være minst to fra samme profesjon for å holde gående den faglige diskusjonen, samt at man har en større bredde i møte med pasientene:

*D5: Det er fint at vi har én, men jeg vil anbefale å ha to stykker minst for å holde den faglige diskusjonen oppe, og at man ikke blir stående alene. Det er viktig også med fordelinger, og av og til matcher man ikke den pasienten, men at man med flere kan da gå inn å se litt, for det har også noe med kjønn og roller og sånne ting og gjøre.*

## 5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte problemstillingen min, «hvilken rolle kan musikkterapi ha i et FACT-team, basert på det tverrfaglige teamets opplevelser?», gjennom å knytte funnene opp mot det teoretiske rammeverket som er presentert tidligere i oppgaven. Etter at jeg har diskutert de fire temaene vil jeg komme innpå begrensninger og kritikk av studien. I avslutningskapittelet vil jeg samle trådene jeg har gjort i studien, og se på veien videre.

### 5.1 Musikkterapi som døråpner for kontakt

Opplevelsen av musikkterapi som en døråpner for å skape kontakt var et sentralt funn i fokusgruppeintervjuet. Deltakerne beskrev hvordan musikkterapeuten, gjennom å ha en annerledes innfallsvinkel, klarte å skape en forbindelse med personer som ellers hadde vært krevende å etablere en kontakt med. Musikkterapi ble også sett på som et populært tilbud, med stor pågang, og som pasientene ofte møter opp på.

Disse funnene resonerer godt med musikkterapiforskningen som de nasjonale retningslinjene for psykose bygger på. I Cochrane-oversikten finner vi at musikkterapi har en spesielt god effekt på de negative symptomene, som affektavflatning, tap av interesse og motivasjon, samt sosial fungering (Geretsegger, et al., 2017). Selv om denne oversikten er rettet mot personer med psykose, kan effektene av musikkterapi også være relevante for personer med andre diagnoser og utfordringer i FACT-gruppen, da et fellestrekk for mange er at de har lav motivasjon. I tillegg er «alvorlig svikt i sosial fungering» et av inntakskriteriene i FACT-modellen (2013, s. 13).

Det tverrfaglige teamets opplevelser av musikkterapi som døråpner for kontakt, samsvarer også med Solli sine foreløpige funn fra studien «MustCare», hvor han hadde erfaringer med at pasientene møtte opp nesten hver gang, og at mange av pasientene ofte befant seg i «vanskelig-å-nå-gruppen» (Evensen & Fleiner, 2019). Dette er en egen kategori som er nevnt i FACT-modellen, som beskriver personer som er ekstra krevende å få kontakt med. De er svært tilbaketrukket, har liten kontakt med andre, de har gjerne lite sykdomsinnsikt og noen har kanskje hatt negative opplevelser med helsevesenet fra tidligere (Verhuizen, 2013). I følge Gaute Strand, faglig rådgiver i NAPHA, trenger FACT-teamene å være kreative for å komme i posisjon til å hjelpe denne målgruppen, og de trenger derfor en stor verktøykasse av

virkemidler (Evensen & Fleiner, 2019). Strand trekker frem musikkterapi som et eksempel på en kreativ tilnærming som er viktig å ha i et slikt team.

D5 beskrev hvordan musikkterapeuten arbeider fleksibelt, hvor han både har timer på arbeidsstedet, men også driver med oppsøkende virksomhet hvor han drar hjem til pasienter. For noen kan det kanskje være betryggende å møtes hjemme i startfasen, og etterhvert som man har bygd opp tillit, kan det være lavere terskel for å komme til musikkterapirommet. Sollis erfaringer var at de fleste av pasientene ønsket å møte opp på musikkterapirommet, da flere tilbringer mye tid i hjemmet og lengter etter å komme seg ut (Evensen & Fleiner, 2019).

I hvilken grad FACT-teamene klarte å få kontakt med målgruppen, var et av aspektene som ble målt i den norske FACT-evalueringen (Landheim & Odden, 2020). Av de 620 pasientene som ble inkludert, var det 24 personer som teamene ikke klarte å oppnå kontakt med, noe som utgjør 4%. Dette regnes som et lavt antall, men det er likevel rom for forbedring. Om tallene hadde vært lavere hvis man hadde undersøkt FACT-team med musikkterapeut(er) som en del av den tverrfaglige bemanningen, er likevel vanskelig å si, og her trengs det mer forskning. I tillegg er det ikke spesifisert nærmere hva som menes med det å «oppnå kontakt». Det at man oppretter en kontakt med noen er ikke ensbetydende med at man greier å bygge en god relasjon eller en terapeutisk allianse.

Musikkterapeuten hadde altså en «døråpner-rolle» i det tverrfaglige teamet, men et sentralt spørsmål å stille seg er hva som gjør at musikkterapeuten greier å komme i en slik posisjon. Deltakerne hadde flere tanker om dette, og knyttet musikkterapeutens døråpnerrolle til det positive og lystbetonte fokuset som var i musikkterapien, i tillegg til mulighetene det gav for å uttrykke seg på en annen måte enn på det verbale planet. Disse faktorene skal drøftes nærmere under kategoriene «musikkterapi som døråpner til gode opplevelser» og «musikkterapi som døråpner for kommunikasjon».

Personalet gjorde også et poeng ut av at musikk er noe som berører oss alle, og som spiller en viktig rolle i hverdagen til folk flest. En av deltakerne snakket om den «indre musikken», som refererte til hvordan vi blir «født og oppvokst med musikken». Her gjør deltakerne noen interessante bemerkninger av musikk som kan ses i sammenheng med vår kommunikative musikalitet, som kan være en av forklaringene på musikkterapiens døråpnerfunksjon. Dette forteller oss at musikk ikke er for spesielt begavede personer, men noe vi alle kan relatere til

og ha nytte av, og denne medfødte kapasiteten ses også på som en grunnleggende ressurs for deltakelse i musikkterapi og muliggjør kreativ utfoldelse i et fellesskap med andre (Stige & Aarø, 2012, s. 151).

Det kan også tenkes at faktorer knyttet til den terapeutiske alliansen kan spille inn på musikkterapiens døråpnerrolle. Henyten med kolleger (2017) har undersøkt den terapeutiske alliansen i kunst-terapi (dans-, drama- og musikkterapi) og psykomotorisk terapi hos 164 voksne personer med psykiske helsevansker. Her fant de at det var en positiv utvikling av alliansen, målt gjennom faktorene «enighet om mål», «enighet om oppgaver» og «det relasjonelle båndet». Den største forandringen fant de på «oppgavekomponenten», noe de attribuerte til «the focus on the interaction and agreement with materials and methods used in arts therapies and psychomotor therapy». Hva som ligger i materialer og metoder er imidlertid ikke utdypet ytterligere, noe som kan ses på som en svakhet ved studien.

En annen svakhet med Heynen et al. sin studie er at den ikke inneholdt en kontrollgruppe som ikke mottok kunstterapi, i tillegg til at det var få av personene som spesifikt fikk musikkterapi.

Silverman (2019) har forsket på hvordan den terapeutiske alliansen utfolder seg i musikkterapi, basert på semistrukturerte intervju med åtte praktiserende musikkterapeuter som jobbet i psykisk helsevern. Et av funnene var at musikken kan ha en «ikke-truende» funksjon, som er med å skape en tryggere ramme for terapien, og i musikkterapien kan man også få en ekstra terapeutisk dybde hvor man kan engasjere klientene kreativt i stedet for å være avhengig av kun samtalebaserte tilnærminger. Dette resonerer godt med deltaker fire sitt utsagn om at det å sitte rundt et bord å snakke ofte kan føles kunstig og «trykkende», mens det å gjøre en aktivitet sammen, som å spille musikk, kan skape en løsere stemning og gi lettere tilgang til pasientene. I stedet for at oppmerksomheten rettes fullt og helt mot pasienten, ligger fokuset mer på den felles aktiviteten. Dette bidrar til en form for gjensidighet der formelle roller som «klient» og «terapeut» tones ned, slik det blir beskrevet i ressurs- og samfunnsmusikkterapien (Rolvjord 2010, s. 217). Ruud har tatt i bruk Victor Turners begrep «communitas» for å beskrive de sterke opplevelsene av fellesskap og gjensidighet som karakteriserer flere av prosessene som kan oppstå i musikkterapi (1998, s. 131-132). Han nevner improvisasjon som et eksempel hvor de tradisjonelle oppfatningene av terapeutens rolle røkkes ved. De sosiale rollene blir utjevnet, og man går inn i et felles prosjekt hvor man deler interesser, gleder og kompetanser. En utjevning av de formelle



rollene bidrar til å skape en autentiskhet i forholdet, som er en sentral faktor i det å bygge et godt relasjonelt bånd og en terapeutisk allianse. En likestilt, gjensidig, og samarbeidende relasjon er videre relatert til myndiggjøring og selvbestemmelse i eget liv, som er helt fundamentalt i recoverytenkningen. Her forflyttes makten fra terapeuten over til klienten, og man anerkjenner at det er klienten som er i førersetet og vet best hva som skal til for å skape en endring (Rolvsvjord, 2010, s. 44).

Funn fra den ovennevnte hjerneforskningen bekrefter også hvilken viktig sosial funksjon musikk har, og hvordan dette er relatert til tillitsbygging mellom individer. (Koelsch, 2014). For FACT-målgruppen, som ofte kan ha store utfordringer med sosiale relasjoner, enten det skyldes traumatiske opplevelser, eller andre faktorer, kan musikken potensielt skape en tryggere ramme for sosial kontakt. Scrine peker på at at musikkterapeuten kan benytte seg av håndgripelige elementer av musikken som for eksempel puls, tempo og rytme, som kontinuerlig kan modifiseres til å skape struktur og forutsigbarhet (2021). Malloch og Trevarthen viser også til hvordan balansen mellom det kjente og overraskende i musikken kan skape en trygg atmosfære for personer med relasjonsvansker: «Music and dance, with their progressions from regularity and predictability to novelty and surprise and back again, can provide a safe, supportive environment in the present moment for those for whom interactions with others are fraught with complexities and difficulties» (Malloch & Trevarthen, 2009, s. 6). Her kan vi trekke flere paralleller til Nordanger og Braaruds betraktninger av «leken», som de anser som en potensiell traumebehandling for fremtiden. Leken har noen kjente elementer og spilleregler som man stadig vender tilbake til, men samtidig er det en variasjon i rytme og intensitet. Når disse «nesten-grensesprengende» aktivitetene gjentas i samspillet med en regulerende omsorgsperson, trenes det sosiale engasjement-systemet til å tåle mer aktivering, og toleransevinduet utvikles gradvis (Nordanger & Braarud, 2017, s. 164; Porges & Furman, 2011).

I tillegg peker traumelitteraturen på viktigheten av å være i «synk» med andre mennesker. Kolk snakker om at rytmiske opplevelser sammen med andre, enten det foregår gjennom det lekende samspillet mellom mor og barn, på en fotballkamp, eller gjennom et musikalsk samspill, foster alle en dyp form for tilfredstillelse og tilknytning (Kolk, 2015, s. 84). Mange personer med traumeerfaringer opplever å være i utakt med andre mennesker, og her kan gode, rytmiske opplevelser gjennom musikk være en enklere måte å komme i takt på. Dette underbygges av den nevrobiologiske forskningen, som vi har sett, har funnet koblinger

mellom synkronisering til en felles rytme, og økt tillit og gruppetilhørighet (Launay, 2013). Musikkterapi kan på denne måten være en god arena for å oppleve rytmeaktiviteter i et fellesskap, noe som kan være trygghetsskapende og relasjonsbyggende. Nordanger og Braarud hevder også at somatosensoriske erfaringer som integrerer kropp, sanser og motorikk, kan være med å fremskynde reguleringsevnen til personer som har opplevd traumer (2017, s. 161), noe som kan lede til mer effektiv håndtering av hyper- og hyporeaksjoner. De refererer til Perry som har foreslått at disse rytmebaserte aktivitetene bør foregå i en trygg relasjon, være repeterende, lystbetont og belønnende (Perry, 2013). Disse egenskapene harmonerer fint med hva musikkterapi kan tilby.

## 5.2 Musikkterapi som døråpner til gode opplevelser

Musikkterapien ble sett på som en kilde til gode opplevelser som glede, mestring, og tilhørighet. Musikkterapi representerte, i følge deltakerne, noe lystbetont, og tilbød et annet fokus enn på sykdom og symptomer.

Dette samsvarer med Solli med kolleger (2013) sin metasyntese av brukerperspektiver, hvor deltakerne beskrev hvordan deltakelse i musikkterapien gav dem opplevelser av glede, tilfredsstillelse, motivasjon, mestring og tilhørighet. Musikkterapi som noe lystbetont, og som noe annerledes enn vanlig behandling, sto også sentralt i Solli og Rolvsjords nyere studie (2015) hvor de undersøkte opplevelsene personer med psykose hadde av musikkterapi. Forfatterne valgte å titulere artikkelen som «the opposite of treatment» basert på at mange av deltakerne ikke så på musikkterapi som behandling, men at det i stedet representerte en frihet fra sykdom, stigma og behandling. Flere av deltakerne beskrev hvordan det nettopp var i dette paradokset, «motsatt av behandling», at de fant musikkterapien nyttig. I musikkterapien opplevde de en invitasjon til en ikke-klinisk «musikeringsarena», som gjorde at de følte seg bedre, og mer «normale».

Viktigheten av at hjelpen FACT-målgruppen mottar har positive sider, er noe som vektlegges i FACT-modellen: «Det er ikke opplagt at alle pasientene ønsker å ta imot hjelp. Mange pasienter opplever medisinene som vi ofte anbefaler, som ubehagelige. Vi må derfor sørge for at bistanden også har attraktive sider og støtter deres egne mål for rehabilitering» (Veldhuizen, 2013, s. 20). I følge Veldhuizen kan dette være med å bygge tillit og skape en tilknytning til teamet. Dette ble også understreket under fokusgruppeintervjuet, hvor

deltakerne hevdet at det innimellom var lettere for musikkterapeuten å bygge en relasjonsallianse enn med resten av teamet, da flere kunne føle seg observert eller overvåket i henhold til symptomer eller medisiner. Det at musikkterapeuten greier å etablere en førstkontakt kan imidlertid, i følge D5, gjøre at det blir lettere å koble på flere i teamet etterhvert. Her ser vi et eksempel på hvordan kategoriene «musikkterapi som døråpner til gode opplevelser» og musikkterapi som døråpner for kontakt» henger sammen. Musikkterapi, ved dets fokus på ressurser, positive opplevelser og velvære, kan ha en tillitsbyggende rolle, som potensielt kan åpne opp dører til resten av FACT-teamet.

Ved betraktninger av musikkterapi som noe lystbetont, og en kilde til gode opplevelser, befinner vi oss i kjernen av recoverytenkningen, som strekker seg forbi symptomreduksjon og «klinisk» bedring, til hvordan man kan leve et meningsfylt liv uavhengig av psykiske helseutfordringer. Brukernes egne ønsker og mål står sentralt i denne prosessen. D5 understreker hvordan musikkterapeuten arbeider recoveryorientert, og møter pasientene hvor de er i deres opplevelser og mål som de selv ønsker å gjennomføre.

Funn fra Davidson et al. (2006b) sin gjennomgang av over 100 kvalitative intervjuer med personer som lever med, eller har opplevd bedring fra alvorlige psykiske lidelser, viser at gode opplevelser spiller en vital rolle i bedringsprosessen. Deltakerne forteller at gode opplevelser gav dem et pusterom fra sykdom, noe å se frem til, en form for mening og hensikt, et fornyet håp, en ny verdi som menneske, muligheter til å oppdage styrker og ressurser, samt en større grad av selvbestemmelse og handlekraft, hvor man blir mer rustet til å håndtere de psykiske vanskene. Gode opplevelser er her relatert til mange av dimensjonene i CHIME-akronymet, som håp, identitet, mening og selvbestemmelse. Koelsch viser også til hvordan gode musikkopplevelser i fellesskap stimulerer aktivitet i hjerneområder som er ansvarlig for sosial tilknytning (2022). Musikkterapi kan på denne måten også ses i sammenheng med «tilhørighets»-dimensjonen i CHIME. Dette er i tråd med D3 sine utsagn om hvordan musikkterapeuten, gjennom å bruke seg selv i musikken og gjøre noe sammen med pasientene, kan bidra til å skape en følelse av fellesskap.

Den viktige rollen positive opplevelser spiller i bedringsprosessen for personer med psykiske vansker bekreftes i forskningen fra den positive psykologien (Cohn et al., 2009; Garland, et al., 2010), som Rolvsjord henter inspirasjon fra i ressursorientert musikkterapi. Her understrekes det hvordan positive opplevelser kan være med å bygge opp ressurser, som kan

være med å skape et rikere og mer meningsfylt liv, og som kan fungere som en buffer mot negativ livshendelser (Garland, et al., 2010). Dette blir også trukket frem av brukerne i Davidson med kollegers studie (2006b), hvor de erfarte at gode opplevelser kunne være med å motvirke effekten av negative følelser som fortvilelse og apati. Denne buffereffekten kan også være relevant i en traumesammenheng, hvor en sentral utfordring er å holde seg innenfor toleransevinduet. Gode opplevelser kan være med å dempe effekten av hyper- og hyporeaksjoner, og på den måten gjøre det lettere å holde seg i toleransevinduet. I følge Nordanger og Braarud trenger personer som har opplevd traumer en overvekt av gode opplevelser som kan kompensere for de dårlige erfaringene i oppveksten (2017, s. 24). Ved å eksponeres for gode opplevelser i en trygg relasjon, kan toleransevinduet utvides litt etter litt.

Fredricksons «broaden-and-build»-modell (2000), som underbygges av nevrobiologisk forskning (Garland, et al., 2010), peker på hvordan gode opplevelser er med å utvide tanke- og handlingsmønstrene våre. Modellen beskriver hvordan positive emosjonelle opplevelser er med å utvide en person sitt tankesett, handlingsrepertoar og tillit, noe som kan lede til mer kreativitet, initiativ, søken etter nye erfaringer og møter med andre mennesker. Disse erfaringene kan igjen stimulere til nye positive emosjoner, og på den måten opplever vi en spiral mot nye handlemuligheter og økt velvære. Rolvsjord hevder derfor at de positive opplevelsene vi ofte får når vi deltar i musikk, kan spille en viktig rolle i en myndiggjøringsprosess, hvor de er med å motivere oss, og setter oss i stand til å ta mer kontroll i livet (Rolvsjord, 2008). Gode opplevelser er derfor, i henhold til «broad-and-build»-modellen, knyttet tett opp til «selvbestemmelses»-dimensjonen i CHIME-akronymet.

Fredrickson nevner også hvordan følelser av glede og tilfredshet kan stimulere mer positive tankebaner, hvor man får et mer utvidet perspektiv, og i større grad setter pris på livsbegivenheter (Fredrickson, 2000). Gode opplevelser kan på denne måten også ses i sammenheng med håpskomponenten i CHIME. I Davidson og kolleger sin studie beskrev deltakerne hvordan positive opplevelser var med å vekke et nytt håp om at livet vil bli bedre (2006b). Det å få et glimt av de finere tingene i livet kunne være et viktig anker for personer, hvor livet ellers føles som en drift på en «sjø av elendighet» (2006b). I tråd med Fredrickson, pekte forfatterne også på hvordan håpet var relatert til «social agency», som handler om at man ser på seg selv som kapabel til å velge, initiere, gjøre, og utrette ting i livet. Gode opplevelser, håp og selvbestemmelse er derfor tett vevd sammen.

Mestring var en av faktorene som deltakerne la særlig vekt på under fokusgruppeintervjuet. Deltakerne nevnte hvordan mange av pasientene opplevde å være utenfor, og hadde kanskje ikke gjennomført skole, eller sto uten jobb, og hadde ellers få mestringsarenaer i hverdagen. Det at musikkterapi kunne være en arena hvor de kunne bruke sine ressurser, og kjenne på mestring, ble derfor sett på som utrolig viktig. Det å fostre ressurser og tilrettelegge for mestring er en sentral del av recoveryorienteringen, og bidrar til å styrke og utvikle en positiv identitet. Selvfølelsen øker, og man «retter seg opp i ryggen», som en av deltakerne beskrev. At mestringsfølelser i musikkterapien kan ha en smitteeffekt til andre områder av livet, er også noe som vektlegges i de nasjonale retningslinjene for rus, hvor det står at disse mestringsopplevelsene, potensielt kan tas med ut av terapirommet og inn som en ressurs i hverdagen (2016).

Gode mestringsopplevelser er også relatert til lykke (Seligman, 2003). Csikszentmihalyi har utforsket relasjonene mellom mestring og lykke i teoriene hans på «flow-begrepet». I følge Csikszentmihalyi refererer «flow» til opplevelsen vi får når vi er fullstendig oppslukt i en aktivitet, som gjør at vi glemmer tid og bekymringer (Csikszentmihalyi et al., 2014). Disse opplevelsene kan oppstå når det er en riktig balanse mellom graden av utfordringen på aktiviteten vi gjør og ferdighetene våre, slik at aktiviteten verken er for lett eller vanskelig. Musikk blir av Csikszentmihalyi sett på som en aktivitet som ofte kan involvere «flow»-opplevelser (2002, s. 72), og disse opplevelsene er videre relatert til lykke og livstilfredshet.

### **5.3 Musikkterapi som døråpner for kommunikasjon**

Et annet viktig funn var at musikkterapi kunne tilby en annen form for kommunikasjon enn verbal kommunikasjon, som mange av pasientene har vansker med. I følge personalet kunne det være enklere for mange å formidle følelser og tanker gjennom musikken.

Disse funnene er på bølgelengde med opplevelsene Eirik Ystad, leder for FACT Gamle Oslo, hadde av musikkterapi: «Mange av våre pasienter strever med verbal kommunikasjon og kan være litt i utakt både med seg selv og andre. Musikkterapi gir mulighet for en annen type kommunikasjon og samspill som gir pasientene økt mestringsfølelse» (Evensen & Fleiner, 2019). At musikkterapi kan være en god arena for å uttrykke følelser, er også et sentralt funn i Solli med kollegers studie (2013). Her trakk deltakerne frem hvordan musikken gav dem mot og styrke til å håndtere vanskelige emosjoner. En av deltakerne beskrev for eksempel hvordan

hun gjennom musikken hadde turt å føle på vonde følelser som ensomhet og håpløshet. En annen beskrev hvordan han tidligere hadde levd separert fra hans egne følelser, men at han gjennom musikken hadde funnet andre måter å uttrykke seg på enn gjennom ord, som gjorde at han kom i kontakt med følelsene igjen. Mange av deltakerne kunne relatere sterkt til metaforen «å slippe følelser ut». En av deltakerne, som er hentet fra Ansdell og Meehan's studie beskrev dette på en god måte: «When you're feeling low, you can hardly talk, your voice doesn't hardly project, and you're silent...And by making some sound come out, maybe it's letting some feelings out...because I'm actually making some noise in the world» (2010, s. 33).

Trevarthen og Malloch, vektlegger også hvordan musikkterapi kan være en god arena for å uttrykke seg i fellesskap med andre for personer som ikke er i stand til, eller har en svekket evne til å uttrykke seg gjennom verbal kommunikasjon (2000). Gjennom et musikalsk samspill, som bygger på vår medfødte, kommunikative musikalitet, kan vi i følge forfatterne dele en form for mening og intersubjektivitet uten å bruke ord. «Music, with dance and all the expressive arts offers a direct way of engaging the human need to be sympathised with - to have what is going on inside appreciated intuitively by another who may give aid and encouragement» (Trevarthen & Malloch, 2000, s. 6). De skriver videre at vår felles musikalitet gir oss en plattform for deling av koordinert, kroppslig, tid og rom, og disse gode opplevelsene kan være en livbøye inn til personer som strever med språk, og skape et grunnlag for endring i terapien (Trevarthen & Malloch, 2000, s. 6). Daniel Sterns forskning er med å bekrefte dette. Stern foreslår at nøkkelopplevelser som fører til forandring i terapien ofte er nonverbale, relasjonelle og i øyeblikket (Stern, 2004, s. 19-21). Forskning på den terapeutiske alliansen viser også til hvordan nonverbal kommunikasjon, som synkronisering av tonefall og bevegelse, er relatert til et positivt terapeutisk utfall (Wampold & Imel, 2015).

Pavlicevic og Ansdells rammeverk «collaborating musicking», har bundet sammen den kommunikative musikaliteten med «musicianship» og «musicking», hvor sistnevnte bygger på vår medfødte musikalitet, i tillegg til vår kulturelle historie (2009). «Musicking»-begrepet stammer opprinnelig fra Small, og vektlegger musikken som en situert aktivitet og et verb, fremfor å være en ting eller et substantiv (Small, 1998). Han har følgende definisjon av begrepet: «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 (1998, s. 9). I følge Small ligger ikke meningen bak musikk i selve verket, men

i relasjonene som blir etablert mellom de som deltar i musikken. Disse relasjonene er i følge Small for komplekse til å bli uttrykt gjennom ord, men blir forstått og artikulert uanstrengt gjennom musikken (1998, s. 13-14).

Musikkterapi som en annen form for formidlingsarena kan også være svært verdifullt for personer som har opplevd traumer. I følge Kolk er traumatiske hendelser nesten umulig å sette ord på (2015, s. 231), og et høyt stressnivå og et alarmsystem i beredskap gjør at tilgangen til de kognitive, språklige områdene i hjernen svekkes (Nordanger & Braarud, 2017, s. 146). Som redegjort for tidligere, kan samtalebehandling derfor i mange tilfeller være utfordrende. Musikk kan i denne sammenheng være en enklere måte å uttrykke og prosessere komplekse følelser, for eksempel gjennom aktiviteter som sangskrivning eller improvisasjon (McFerran, 2020). Her kan man nærme seg vanskelige temaer og følelser, men samtidig opprettholde en viss distanse. Musikken blir en slags «tredje person» i relasjonen som kan modifisere effekten av «ansikt-til-ansikt-relasjonen», og skape en situasjon som er intim, uten å være personlig (Ansdell, 2015, s. 166).

I kapittelet «adult trauma work in music therapy», peker Ahonen på hvordan musikken kan skape en trygg sone, som gjøre det mulig å håndtere komplekse emosjoner med en symbolsk distanse (2016). Hun beskriver en eksternalisering-internaliseringsprosess hvor det i starten kan være lettere å snakke om en følelse i musikken, som at «denne musikken er trist», enn å brette ut om eget følelsesliv. Etterhvert greier man kanskje gradvis å bevege seg fra at «musikken er trist», til at «jeg er trist». D5 var også inne på dette i intervjuet, hvor hun tenkte seg at det kunne være lettere å si «hør på denne låten, sånn føler jeg meg», enn å snakke om det. D2 pekte også på hvordan musikkterapien kunne være med å åpne opp for det verbale. Her trakk hun frem musikklytting som et eksempel hvor det ofte er temaer som går igjen som hun kan spille videre på i samtaleterapien. Ahonen beskriver også en motsatt prosess som kan forekomme ved for eksempel improvisasjon, hvor indre følelser kan bli eksternalisert gjennom musikeringen. Her kan man kommunisere komplekse følelser uten å bruke ord.

Selv om musikken potensielt kan gi tryggere rammer for å prosessere vanskelige følelser, bør man imidlertid trå varsomt på dette området. Forskning fra traumelitteraturen underbygger at fokuset i musikkterapien i større grad bør være å tilrettelegge for trygghet og gode opplevelser, enn på selve traumeopplevelsene (McFerran, 2020; Nordanger & Braarud, 2017,

s. 23). Musikkterapi kan likevel, sett at man greier å bygge en god og tillitsfull relasjon som roer alarmsystemet ned, være en plattform hvor man også kan bearbeide traumer.

## 5.4 Ressursmangel som dørlukker for musikkterapi

Deltakerne tok i tillegg opp utfordringer knyttet til lite ressurser, og de var særlig opptatt av at det var en mangelvare på musikkterapioppfølgingstilbud ute i lokalsamfunnet. Som en konsekvens av dette opplevde de at det kunne falle litt sammen for flere av pasientene når de ble skrevet ut fra institusjonen. De savnet et sted hvor pasientene kunne videreføre ressurser, kunnskaper og interesser som de hadde tilegnet i musikkterapien. Det ble imidlertid nevnt i intervjuet at det akkurat hadde kommet et nytt musikkoppfølgingstilbud i kommunen, noe som ble betraktet som håpefullt for fremtiden. Deltakerne kaster likevel lys på noen relevante problemstillinger rundt oppfølging i psykisk helsevern, som er viktig å drøfte.

God oppfølging i lokalsamfunnet er en helt essensiell komponent i FACT-modellen. Man ønsker å «være der bruker ønsker å lykkes» (Veldhuizen, 2013, s. 20), og legge til rette for inkludering i nærmiljøet gjennom å arbeide med blant annet familie, naboer, frivillige organisasjoner, og andre eksisterende sosiale strukturer, slik at personen kan delta mer aktivt i samfunnet (Veldhuizen, 2013). Dette er også i tråd med de nasjonale føringene for psykose, hvor det legges vekt på at helseapparatet må legge til rette for fellesskap og meningsfulle aktiviteter i samfunnet for personer med alvorlige psykiske lidelser:

«Mange [med alvorlige psykiske lidelser] har liten tilknytning til allmenne sosiale arenaer og opplever i større grad enn andre å være utenfor sosiale fellesskap. [...] Å legge til rette for sosiale fellesskap og meningsfulle aktiviteter er en sentral oppgave innen psykisk helsearbeid» (Helsedirektoratet, 2013, s. 97-98).

Helsedirektoratet oppfordrer også til å ha et variert oppfølgingstilbud, som dekker viktige livsområder som sosiale nettverk, kultur- og fritidstilbud (2013, s. 95). I evalueringen av FACT-team i Norge fremkom det imidlertid at arbeid med integrering i lokalsamfunnet var noe som hadde et forbedringspotensial (Landheim & Odden, 2020). Det tverrfaglige teamets opplevelser av at det er en mangelvare på musikk- og musikkterapeutiske oppfølgingstilbud ute i lokalsamfunnet gjenspeiler også dette, og viser at dette er et område som bør jobbes aktivt med å bedre.



Musikkterapeuten kan potensielt være en aktør for å arbeide med sosiale strukturer, og forsøke å få til gode overganger fra institusjon ut til lokalsamfunnet. I samfunnsmusikkterapien har man vært opptatt av mangfold og inkludering i samfunnet, og man anerkjenner kulturdeltakelse som en lovfestet rettighet (Stige & Aarø, 2012, s. 26), i tråd med med første paragraf i «kulturlova»: «Lova har til føremål å fastleggja offentlege styresmaktens ansvar for å fremja og leggja til rette for eit breitt spekter av kulturverksemd, slik at alle kan få høve til å delta i kulturaktivitetar og oppleva eit mangfald av kulturuttrykk» (Kulturlova, 2007, §1). De siste årene har det kommet et økende antall musikkterapi-oppfølgingstilbud i kommunen. MOT82 er et eksempel på dette. Dette tilbudet befinner seg i spennet mellom spesialhelsetjenesten og kommunalt arbeid, og har hatt til hovedhensikt å tilby musikkaktiviteter til mennesker med psykiske utfordringer i en oppfølgingsfase (Tuastad et al., 2021). Tilbudet bygger på Nilsen sin tretrinnsmodell fra prosjektet «musikk i fengsel og frihet» (Nilsen, 1996), som er tilpasset psykisk helsevern. Trinn en foregår inne på institusjon, trinn to er musikkterapi i oppfølgingstilbud, og trinn tre er å bruke musikk som egendrevet aktivitet og hverdagsressurs i samfunnet (Tuastad et al., 2021). MOT82 har jobbet med følgende målsetninger:

- «Deltakelse i prosjektet skal gi mot til å mestre hverdagslivet utenfor institusjon bedre gjennom aktiv deltaking i meningsfull musikkaktivitet.
- Deltakelse i prosjektet skal gi mot til å ta i bruk eksisterende kulturtilbud i lokalsamfunnet og utvide det sosiale nettverket.
- Deltakelse i prosjektet skal legge til rette for gode musikalske og sosiale opplevelser som kan gi grunnlag for styrking av egenverd, samhørighet, mestring og selvtillit» (GAMUT, 2016).

Disse målsetningene harmonerer fint med målene i FACT-modellen, både med tanke på oppfølging i lokalsamfunnet og i henhold til recoveryperspektivet. Funn fra bruker spør bruker evalueringer underbygger at MOT82 er et viktig og godt tilbud (Tuastad et al., 2018; Tuastad et al., 2021). I følge brukerne blir MOT82 sett på som et trygt fellesskap, og musikken fungerer som en samlende og sosial aktivitet som bidrar til opprettholdelse og utvikling av en positiv identitet (Tuastad et al., 2021). Det kom også frem at overgangen fra DPS til MOT82 har fungert på en tilfredsstillende måte.

Funn fra både fokusgruppeintervjuet, og Landheim og Oddens evalueringsrapport, viser at det er et behov for flere lavterskel musikkterapioppfølgingstilbud i kommunen som FACT-målgruppen kan delta på når de blir skrevet ut fra behandling. MOT82 er et godt eksempel på et slikt tilbud, som kan skilte med gode brukererfaringer. I følge Tuastad med kolleger kan tretrinnsmodellen gradvis prøves ut og videreutvikles ved andre DPS'er og kommunale kulturarenaer i Bergen (2021). Å prøve ut denne modellen med FACT-målgruppen kan derfor være et viktig steg i prosessen med å gi bedre oppfølging, og sikre gode overganger fra musikkterapibehandling og det å ta musikken med seg som en hverdagsressurs ut i samfunnet.

I tillegg til mangel på oppfølgingstilbud i lokalsamfunnet, pekte deltakerne på at det var en ressursmangel på institusjonen. De skulle gjerne ønsket å tilby musikkterapi til mange flere, men så seg nødt til å prioritere denne ressursen til de personene som var mest krevende å nå ut til. At musikkterapi er en begrenset ressurs ser ut til å være gjennomgående flere steder, og i følge Øvernes er musikkterapi det medikamentfrie tiltaket med høyest etterspørsel i forhold til kapasitet (2019). D1 brukte begrepet «flaskehals», som refererer til noe som hindrer full gjennomstrømming av noe. Det kan tenkes at et oppfølgingstilbud kan lede til en større gjennomstrømming, da det kan være lavere terskel for å skrive personer ut når man vet at de har tilgang på musikkaktiviteter og et sosialt fellesskap i lokalsamfunnet. Det ser likevel ut til at det er et større behov for musikkterapeuter på selve institusjonen. Deltakerne beskrev musikkterapi som et populært tilbud, med en god oppmøteprosent, og bakkdelen med dette var at det ble en lang venteliste. Å ha flere musikkterapeuter kan derfor være et viktig steg i å kunne gi pasienter raskere tilgang på musikkterapibehandling. I følge D5 er det å være flere fra samme profesjon også viktig for å holde den faglige diskusjonen oppe. I tillegg har man flere strenger å spille på i møte med pasientene, i tilfelle man ikke har god kjemi med noen.

## **5.5 Begrensninger og kritikk av egen studie**

Denne studiens eksplorerende design har gjort at mange valg har blitt tatt og justert underveis, etterhvert som jeg har fått ny innsikt på temaet. Denne fleksibiliteten ses på som en av fordelene med en kvalitativ forskningstilnærming, da det kan være med å åpne opp for nyanser og ny kunnskap som ikke hadde dukket opp om alle valgene hadde blitt tatt på forhånd (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Et slikt design, i kombinasjon av at jeg er relativt fersk i forskerrollen, kan også føre med seg ulemper, hvor jeg har risikert å ta gale beslutninger og veivalg underveis.

En av svakhetene til denne studien er at den ikke inneholdt brukeropplevelser. Dette var en møysommelig og vanskelig vurdering, hvor jeg til slutt endte på å ikke inkluderte brukere i intervjuet. Dette valget var både knyttet til rekrutteringsprosessen, som virket å være krevende, da musikkterapi befinner seg på et tidlig stadium i en FACT-sammenheng, men også til etiske aspekter, hvor jeg overveide fordelene og ulempene ved å delta i studien. Her var jeg usikker på om fordelene brukerne fikk av å delta i stor nok grad rettferdiggjorde et intervju med FACT-brukere, som jeg ikke hadde noen relasjon til fra før, og som befinner seg i en svært krevende situasjon. I ettertid har jeg reflektert mye over dette. Det at jeg skriver så mye om recovery, og ikke har inkludert brukere i studien, kan ses på som motstridende. Ut fra en recoverytenkning kan det være flere holdepunkter for å gjennomføre intervju med brukere, også personer med alvorlige psykiske lidelser. Det kan for eksempel bidra til større grad av selvbestemmelse, hvor man får sagt sin mening og får mulighet til å påvirke behandlingstilbudet. I tillegg kan det å bidra til forskning føles viktig og meningsfylt.

Mine forforståelser representerer en annen svakhet ved studien. Selv om jeg har gjort mitt beste for ikke la mine briller påvirke studien på en uheldig måte, er det en umulig oppgave å fremstå helt nøytral. Det at jeg har en tro på musikkterapi fra før, kan ha ført til at jeg har oversett viktige momenter, eller hatt en overdreven positiv vinkling av musikkterapi.

## 6.0 Avslutning

I denne studien har jeg utforsket hvilken rolle musikkterapi kan ha i et FACT-team, med utgangspunkt i det tverrfaglige teamets opplevelser. Funnene peker i retning av at musikkterapi, gjennom å være en trygg arena for kontakt, gode opplevelser, og kommunikasjon, kan spille en viktig rolle i et FACT-team. Det at musikkterapi kan være en «døråpner» inn til personer som er tilbaketrukkne og vanskelig å nå ut til, som er sentrale kjennetegn for FACT-målgruppen, kan være et godt argument for å inkludere musikkterapiprofesjonen som en del den tverrfaglige bemanningen i FACT. Musikkterapi er en kunnskapsbasert, recoveryorientert, og samfunnsrettet tilnærming, som kan være med å gi en større bredde og fleksibilitet i et FACT-team, som trenger en solid verktøykasse av tilnærminger for å oppnå kontakt med målgruppen.

Betydningen av å opprettholde og videreføre en tverrfaglig bredde er også noe Landheim og Odden konkluderer med i evalueringen deres: «Viktige komponenter med FACT-modellen som oppsøkende virksomhet, teamtilnærming, tverrfaglighet og kontinuitet i behandlingen bør sikres og videreføres» (Landheim & Odden, 2020, s. 147). De skriver og at «for at brukerne skal få helhetlige og integrerte tjenester, bør FACT-teamene ideelt sett gi de fleste tjenestene fra teamet». Musikkterapiprofesjonen, kan ut fra disse konklusjonene, ses på som et viktig tilskudd som kan bidra til en større bredde i et FACT-team, og på den måten medvirke til at målgruppen i FACT får mer helhetlig oppfølging. Til tross for at musikkterapeut(er) ikke er nevnt i den offisielle FACT-modellen fra Nederland, slår den likevel fast at de ulike tiltakene i modellen må vektles ulikt avhengig av hva som er standarden i eget land (Veldhuizen, 2013). Det å implementere musikkterapi som standard behandling i FACT kan derfor være en viktig modifikasjon som er i tråd med de norske retningslinjene for psykose og rus.

### 6.1 Implikasjoner for veien videre

Denne studien er en av få som har undersøkt musikkterapiens rolle i et FACT-team. Dette er et gryende felt for musikkterapeuter, og jeg håper at jeg med denne masteren kan være med å stimulere til en større implementering av musikkterapi i FACT-team. Studien inkluderer et lite utvalg deltakere, og funnene kan derfor ikke generaliseres til en større populasjon. Mer forskning trengs på området, både kvalitative og kvantitative tilnærminger, for å gi et mer heldekkende bilde av musikkterapeutens rolle i FACT. Det ville for eksempel vært interessant

å sammenligne funn fra FACT-team både med og uten musikkterapeut(er), for å undersøke om det er noen ulikheter i kvaliteten på tjenestene. Ikke minst trengs det mer forskning på brukerperspektiver av musikkterapi i FACT-team.

## 7.0 Kilder:

- Ahonen, H. (2016). Adult Trauma Work in Music Therapy. I J. Edwards, *The Oxford Handbook of Music Therapy*. Oxford University Press.  
10.1093/oxfordhb/9780199639755.013.47.
- Ansdell, G. (2015). *How Music Helps in Music Therapy and Everyday Life*. Routledge.
- Ansdell, G., & Meehan, J. (2010). "Some Light at the End of the Tunnel": Exploring Users' Evidence for the Effectiveness of Music Therapy in Adult Mental Health Settings. *Music and Medicine*, 2(1), ss. 29-40. <https://doi.org/10.47513/mmd.v2i1.237>.
- Bath, H. (2015). The Three Pillars of TraumaWise Care: Healing in the Other 23 Hours. *Reclaiming Children and Youth*, 23(4), ss. 5-11.  
[https://www.traumebevisst.no/kompetanseutvikling/filer/23\\_4\\_Bath3pillars.pdf](https://www.traumebevisst.no/kompetanseutvikling/filer/23_4_Bath3pillars.pdf).
- Bjortveit, A., Wormdahl, E. D., & Tuastad, L. (2016). *Evaluering av prosjektet MOT82: MusikkOppfølgingsTilbud for mennesker med psykisk lidelse i Åsane*. Bergen: Helse Bergen, Bjørgvin DPS.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *16*(3), ss. 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: En systematisk kunnskapssammenstilling*. Hentet fra NAPHA - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid:  
<https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. I H. Cooper, *APA Handbook of Research Methods in Psychology: Vol. 2. Research Designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (ss. 57-71). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/13620-004>.
- Brean, A., & Skeie, G. O. (2019). *Musikk og Hjernen*. Cappelen Damm.
- Brekke, E., Clausen, H. K., Brodahl, M., Lexén, A., Keet, R., Mulder, C. L., & Landheim, A. S. (2021). Service User Experiences of How Flexible Assertive Community Treatment May Support or Inhibit Citizenship: A Qualitative Study. *Front. Psychol*, 12(727013), ss. 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.727013>.
- Carr, C. P., Martins, C. M., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to

- childhood trauma subtypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(12), ss. 1007-10020. 10.1097/NMD.0000000000000049.
- CDC - Centers for Disease Control and Prevention. (2022, 6. april). *Preventing Adverse Childhood experiences*. Hentet fra CDC: [https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/fastfact.html?CDC\\_AA\\_refVal=https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/fastfact.html](https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/fastfact.html?CDC_AA_refVal=https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/fastfact.html)
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9(3), ss. 361-368. 10.1037/a0015952.
- Crotty, M. (1998). *The Foundations of Social Research* (1. utg.). SAGE Publications Ltd.
- Csikszentmihalyi, M. (2002). *Flow - The classic work on how to achieve happiness*. Harper & Row.
- Csikszentmihalyi, M., Abuhamdeh, S., & Nakamura, J. (2014). Flow. I D. Springer, *Flow and the Foundations of Positive Psychology*. [https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8\\_15](https://doi.org/10.1007/978-94-017-9088-8_15).
- Davidson, L. (2020). Recovering a sense of self in schizophrenia. *Journal of Personality*, 88(1), ss. 122-132. <https://doi.org/10.1111/jopy.12471>.
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R., & Sells, D. (2006a). Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3), ss. 177-201. <https://doi.org/10.1080/15487760500339360>.
- Davidson, L., Shahar, G. L., Sells, D., & Tondora, J. (2006b). Play, Pleasure, and Other Positive Life Events: "Non-specific" Factors in Recovery from Mental Illness? *Psychiatry*, 69(2), ss. 151-163. <https://doi.org/10.1521/psyc.2006.69.2.151>.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet fra Forskningsetikk: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Evensen, G., & Fleiner, R. L. (2019, 15. februar). *NAPHA*. Hentet fra NAPHA - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid: [https://www.napha.no/content/23075/populart-med-musikkterapi-i-fact-team?fbclid=iwar0idepbcd4fbdyuo\\_seuhlkr4fdvcbkj0rsvdcm50s4\\_\\_ayvd9gcd3bu4](https://www.napha.no/content/23075/populart-med-musikkterapi-i-fact-team?fbclid=iwar0idepbcd4fbdyuo_seuhlkr4fdvcbkj0rsvdcm50s4__ayvd9gcd3bu4)

- Fangen, K. (2015, 17. januar). *Kvalitativ metode*. Hentet fra De nasjonale forskningsetiske komiteene: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>
- Frankl, V. E. (2008). *Man's Search For Meaning*. Ebury Publishing.
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being. *Prevention & Treatment*, 3(1), ss. 1-25. <http://dx.doi.org/10.1037/1522-3736.3.1.31a>.
- Gamlund, E., Svendsen, L. F., & Säätelä, S. (2016). *Filosofi for humanister*. Universitetsforlaget.
- GAMUT – Griegakademiets senter for musikkterapiforskning. (2016, 30 september). *MOT 82 – MusikkOppfølgingsTilbod for menneske med psykisk lidning*. Hentet fra Universitetet i Bergen: <https://www.uib.no/fg/gamut/101230/mot-82-%E2%80%93-musikkoppf%C3%B8lgningstilbod-menneske-med-psykisk-liding>
- Garland, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S., & Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 30(7), ss. 849-864. 10.1016/j.cpr.2010.03.002.
- Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, Ł., Chen, X.-J., Heldal, T. O., & Christian, G. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), s. CD004025. 10.1002/14651858.CD004025.pub4.
- Helsedirektoratet. (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser - Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet fra Helsedirektoratet: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/\\_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Hentet fra Helsedirektoratet:



<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Helsedirektoratet. (2016). *Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet - Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet fra Helsedirektoratet: <file:///Users/davidsolberg/Downloads/Terapeutiske%20tiln%C3%A6rminger%20i%20rusbehandling.pdf>

Helsedirektoratet. (2018). *Ledere må legge til rette for myndiggjorte pasienter og brukere*. Hentet fra Helsedirektoratet:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/myndiggjorte-pasienter-brukere-fagpersoner-og-team/ledere-ma-legge-til-rette-for-myndiggjorte-pasienter-og-brukere#referere>

Heynen, E., Roest, J., Willemars, G., & Hooren, S. V. (2017). Therapeutic alliance is a factor of change in arts therapies and psychomotor therapy with adults who have mental health problems. *The Arts in Psychotherapy, 55*, ss. 111-115. 10.1016/j.aip.2017.05.006.

HOD. (2015). *Medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern - oppfølging av oppdrag 2015*. Hentet fra helse- og omsorgsdepartementet:

[https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/anbud-konsesjoner-og-brev/brev/utvalgte\\_brev/2015/medikamentfrie-tilbud-i-psykisk-helsevern---oppfolging-av-oppdrag-2015/id2464239/](https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/anbud-konsesjoner-og-brev/brev/utvalgte_brev/2015/medikamentfrie-tilbud-i-psykisk-helsevern---oppfolging-av-oppdrag-2015/id2464239/)

Horvath, A. O., Re, A. D., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. I J. C. Norcross, *Psychotherapy Relationships That Work Evidence-Based Responsiveness Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2. utg., ss. 25-70). Oxford University.

Johansson, K. (2016). Mellom hermeneutikk og fenomenologi - et essay i vitenskapsteori. *Norsk forening for musikkterapi*.

Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery; tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal akademisk.

Koelsch, S. (2014). Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature reviews. Neuroscience, 15*(3), ss. 170-180. <https://doi.org/10.1038/nrn3666>.

Koelsch, S. (Forfatter), & Prada, F. (Regissør). (2022). *CONVERSATION #4 | Stefan Kolesch | Music, Language & the brain* [Film].

- Kolk, B. V. (2015). *The Body Keeps the Score - Mind, brain and body in the transformation of trauma*. Penguin Books Ltd.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research* (5. utg.). SAGE Publications.
- Kulturlova. (2007). *Lov om offentlege styresmakters ansvar for kulturverksemd* . (LOV-2007-06-29-89). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2007-06-29-89>.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). SAGE Publications.
- Kvia, A., Dahl, C., Grønnestad, T., & Frahm Jensen, M. J. (2021). Easier to Say 'Recovery' than to Do Recovery: Employees' Experiences of Implementing a Recovery-Oriented Practice. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19, ss. 1919-1930. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00285-1>.
- Landheim, A., & Odden, S. (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge – Sluttrapport*. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet HF. Hentet fra ROP: [https://rop.no/contentassets/d4f50ab571e84e24a9bd879ae14a9690/evaluering-av-fact-team-i-norge\\_sluttrapport\\_nasjonal-kompetansetjeneste-for-samtidig-rusmisbruk-og-psykisk-lidelse-nkrop.pdf](https://rop.no/contentassets/d4f50ab571e84e24a9bd879ae14a9690/evaluering-av-fact-team-i-norge_sluttrapport_nasjonal-kompetansetjeneste-for-samtidig-rusmisbruk-og-psykisk-lidelse-nkrop.pdf)
- Launay, J., Dean, R. T., & Bailes, F. (2013). Synchronization can influence trust following virtual interaction. *Experimental Psychology*, 60(1), ss. 53-63. doi: 10.1027/1618-3169/a000173. PMID: 22935329.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), ss. 445-452. 10.1192/bjp.bp.110.083733.
- Liamputtong, P. (2011). *Focus Group Methodology: Principles and Practice*. SAGE Publications.
- Maier, H. W. (1992). Rhythmicity: A powerful force for experiencing unity. *Journal of Child and Youth Care Work*, 8, ss. 7-13. <https://acycpjournal.pitt.edu/ojs/jcycw/article/view/195/179>.
- Malloch, S., & Trevarthen, C. (2009). *Communicative Musicality - Exploring the basis of human companionship*. Oxford University Press.

- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative Forskningsmetoder for Medisin og Helsefag*. Universitetsforlaget.
- Matney, B. (2018). A Knowledge Framework for the Philosophical Underpinnings of Research: Implications for Music Therapy. *Journal of Music Therapy*, 56(1), ss. 1-29. <https://doi.org/10.1093/jmt/thy018>.
- Mazokopaki, K., & Kugiumutzakis, G. (2009). Infant rhythms: Expressions of musical companionship. I S. Malloch, & C. Trevarthen. Oxford University Press.
- McFarlene, A. C., Bookless, C., & Air, T. (2001). Posttraumatic Stress Disorder in a General Psychiatric Inpatient Population. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), ss. 633-645. 10.1023/A:1013077702520.
- McFerran, K. S., Cindy Lai, H. I., Chang, W.-H., Acquaro, D., Chin, T. C., Stokes, H., & Crooke, A. H. (2020). Music, Rhythm and Trauma: A Critical Interpretive Synthesis of Research Literature. *Front. Psychol*, 11(324), ss. 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00324>.
- Mestringsenheten, Sandnes Kommune. (2019). *Musikkterapi – Gir meg en sånn positiv følelse inni meg om at jeg kan - Erfaringer med implementering av musikkterapi i rus- og psykisk helsearbeid i Sandnes kommune*. Hentet fra Sandnes Kommune: <https://www.sandnes.kommune.no/globalassets/helsesosial/psykiskhelse/sandnesrapportmusikkterapi2019.pdf>
- Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, F. C., Vidaver, R., . . . Foy, D. W. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Severe Mental Illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), ss. 493-499. 10.1037//0022-006x.66.3.493.
- NAPHA - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2022a, 24. mars). *ACT- og FACT-team*. Hentet fra NAPHA: <https://napha.no/content/13921/act--og-fact-team>
- NAPHA - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2022b, 11. mars). *Recovery*. Hentet fra NAPHA: <https://napha.no/content/13883/recovery>
- Næsheim, S. (2020). *"Nesten litt sånn uåpnet skattekiste." Brukeres opplevelse av musikkterapi som oppsøkende behandling innen kommunalt psykisk helsearbeid*.

- Hentet fra NMH - Norges Musikkhøgskole: <https://nmh.brage.unit.no/nmh-xmlui/handle/11250/2686054>
- Nilsen, V. R. (1996). Musikk i fengsel og frihet. *Nordic Journal of Music Therapy*, 5(2), ss. 113-118. <https://doi.org/10.1080/08098139609477879>.
- NKROP - Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2022). *FACT-UNG - Modellbeskrivelse*. Hentet fra ROP: <https://rop.no/contentassets/522ce7943d444af98abff76a62461771/modellbeskrivelse-fact-ung-2022.pdf>
- Nordanger, D. Ø. (2022, 12. mai). «Herregud, er alt traumer nå?!». Hentet fra Psykologisk: <https://psykologisk.no/2021/09/herregud-er-alt-traumer-na/>
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer - regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget.
- Pavlicevic, M., & Ansdell, G. (2009). Between communicative musicality and collaborative musicking: A perspective from community music therapy. I S. Malloch, & C. Trevarthen, *Communicative Musicality - Exploring the basis of human companionship* (ss. 357-376). Oxford University Press.
- Perry, B. (2013). *Complex trauma in children; assessment and treatment*. Innlegg presentert ved Barnehøyde 2013, RVTS Sør, Kristiansand.
- Porges, S. W., & Furman, S. A. (2011). The early development of the autonomic nervous system provides a neural platform for social behaviour: a polyvagal perspective. *Infant and Child Development*, 20(1), ss. 106-118. 10.1002/icd.688.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Houghton Mifflin.
- Rolvsjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (ss. 123-138). NMH-Publikasjoner.
- Rolvsjord, R. (2010). *Resource-Oriented Music Therapy in Mental Health Care*. Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (1998). *Music Therapy: Improvisation, Communication and Culture*. Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2010). *Music Therapy. A Perspective from the Humanities*. Barcelona Publishers.

- SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Hentet fra SAMHSA: [https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA\\_Trauma.pdf](https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf)
- Scrine, E. (2021). The Limits of Resilience and the Need for Resistance: Articulating the Role of Music Therapy With Young People Within a Shifting Trauma Paradigm. *Frontiers in psychology*, 12(600245). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.600245>.
- Seligman, M. (2003). *Authentic happiness. Using the new positive psychology to realize your potential for deep fulfillment*. Nicholas Brealey publishing.
- Semb, R., Borg, M., & Ness, O. (2016). Tilpasning eller tilbaketrekning? - Tilhørighetsstrategier blant unge voksne med rus- og psykiske helseproblemer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(3), ss. 204-220. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-01>.
- Siegel, D. J. (2020). *The Developing Mind - How relationships and the brain interact to shape who we are* (3. utg.). Guilford Press.
- Silverman, M. J. (2019). Music Therapy and Therapeutic Alliance in Adult Mental Health: A Qualitative Investigation. *Journal of Music Therapy*, 56(1), ss. 90-116. [10.1093/jmt/thy019](https://doi.org/10.1093/jmt/thy019).
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery - En veiledning for psykisk helsepersonell*. Hentet fra NAPHA - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid: <https://napha.no/multimedia/7492/Rapport-2-2017-nett.pdf>
- Small, C. (1998). *Musicking : The Meanings of Performing and Listening*. Wesleyan University Press.
- Solli, H. (2021). *MusTCare: Implementering av musikkterapi i oppsøkende psykisk helse-team*. Hentet fra NMH - Norges musikkhøgskole Norwegian Academy of Music: <https://nmh.no/forskning/prosjekter/mustcare-implementering-av-musikkterapi-i-opsokende-psykisk-helse-team>
- Solli, H. P., & Rolvsjord, R. (2015). "The Opposite of Treatment": A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(1), ss. 67-92. [10.1080/08098131.2014.890639](https://doi.org/10.1080/08098131.2014.890639).
- Solli, H., Rolvsjord, R., & Borg, M. (2013). Toward Understanding Music Therapy as a Recovery-Oriented Practice within Mental Health Care: A Meta-Synthesis of Service

- Users' Experiences. *Journal of Music Therapy*, 50(4), ss. 244-73.  
10.1093/jmt/50.4.244.
- Sroufe, A. L., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, A. W. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. Guilford Publications.
- Stern, D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. WW Norton Co.
- Stewart, D. W., & Shamdasani, P. N. (2015). *Focus Groups - Theory and practice* (3. utg.). SAGE Publications.
- Stige, B., & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to Community Music Therapy*. Routledge.
- Stuart, S. R., Tansey, L., & Quayle, E. (2017). What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health*, 26(3), ss. 291-304.  
10.1080/09638237.2016.1222056.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2012). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *The british journal of social work*, 42(3), ss. 443-460. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr076>.
- Townsend, E. (1998). *Good Intentions Overruled: A Critique of Empowerment in the Routine Organization of Mental Health Services* (2. utg.). University of Toronto Press.
- Trane, K. (2021, 23. november). *Recovery som en sosial prosess*. Hentet fra NAPHA - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid:  
<https://www.napha.no/content/14836/recovery-som-en-sosial-prosess>
- Traynor, M. (2015). Focus group research. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*, 29(37), ss. 44-48. <https://doi.org/10.7748/ns.29.37.44.e8822>.
- Trevarthen, C., & Malloch, S. N. (2000). The Dance of Wellbeing: Defining the Musical Therapeutic Effect. *Nordic Journal of Music Therapy*, 9(2), ss. 3-17.  
<https://doi.org/10.1080/08098130009477996>.
- Trondalen, G. (2016). *Relational Music Therapy: An Intersubjective Perspective*. Barcelona Publishers.
- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2011). Goal Consensus and Collaboration. I P. R.-B. Responsiveness, *Norcross, John, C* (2. utg., ss. 153-168). Oxford University Press.

- Tuastad, L., Johansen, B., & Trzebinski, M. (2021). *Bruker spør bruker Evaluering av prosjektet "Fra MOT82 til MOT2020"*. Bergen Kommune, Bjørgvin DPS.
- Tuastad, L., Johansen, B., & Østerholt, A. L. (2018). *Bruker spør bruker Evaluering av prosjektet MOT82*. Bergen: Helse Bergen, Bjørgvin DPS.
- Veldhuizen, R. V. (2013). *FACT- Flexible Assertive Community Treatment: Visjon, modell og organisering av FACT-modellen*. Hentet fra ROP - Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse: <https://rop.no/globalassets/dokumenter/fact-handbok.pdf>
- Veseth, M., Svendsen, T. S., Nesvaag, S., Moltu, C. D., & Bjornestad, J. (2022). "And then the rest happened" — A qualitative exploration of the role that meaningful activities play in recovery processes for people with a diagnosis of substance use disorder. *Substance Abuse*, 43(1), ss. 260-266. 10.1080/08897077.2021.1941506.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate - The evidence for what makes psychotherapy work* (2. utg.). Routledge.
- Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy*. HarperCollins.
- Øvernes, L. A. (2019). *Medikamentfrie behandlingsforløp for personer med psykoselidelser*. Bergen: Helse Bergen, HF.

## **8.0 Vedlegg**

**Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD**

**Vedlegg 2: Informasjonsskriv/samtykkeskjema**

**Vedlegg 3: Intervjuguide**



# Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

[Meldeskjema](#) / [Musikkterapi i FACT-team – en kvalitativ studie av det tverrfaglige te...](#) / Vurdering

## Vurdering

### Referansenummer

218275

### Prosjekttittel

Musikkterapi i FACT-team – en kvalitativ studie av det tverrfaglige teamets opplevelser av musikkterapi.

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Bergen / Fakultet for kunst, musikk og design / Griegakademiet - Institutt for musikk

### Prosjektperiode

24.09.2021 - 15.06.2022

[Meldeskjema](#) 

Dato	Type
28.09.2021	Standard

### Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 28.09.2021. Behandlingen kan starte.

#### DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.06.2022.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv/samtykkeskjema

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### ”Musikkterapi i FACT-team – en kvalitativ studie av det tverrfaglige teamets opplevelser av musikkterapi”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor hensikten er å utforske rundt det tverrfaglige teamets opplevelse av musikkterapi i FACT. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

##### **Formål**

Formålet med prosjektet er å forske på musikkterapi i FACT-team. Oppsøkende behandlingsteam er et voksende felt i Norge og per i dag er det etablert rundt 70 slike team, med potensiale for enda flere. I disse teamene er det bare et fåtall musikkterapeuter som arbeider. Det er derfor viktig med forskning som kan stimulere til større implementering av musikkterapi i FACT-team. Det tverrfaglige teamet, som arbeider tett sammen med musikkterapeuten, vil kunne gi et verdifullt perspektiv og bidra til et bredere kunnskapsgrunnlag på området.

Datamaterialet vil resultere i en masteroppgave og kan også være aktuell som grunnlag for en vitenskapelig artikkel.

##### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Lars Tuastad er prosjektansvarlig, og Universitetet i Bergen er ansvarlig institusjon for prosjektet.

##### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta fordi du sitter på viktig kunnskap om musikkterapiens rolle i et FACT-team. Prosjektansvarlig og masterstudent har samarbeidet i prosessen med rekruttering. Det har vært et ønske å favne bredt og representere flere ulike yrker.

##### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Forskningsprosjektet baserer seg på fokusgruppeintervju, det vil si deltakelse i gruppeintervju der en diskuterer aktuelle temaer. Fokusgruppeintervjuet vil ha en varighet på rundt 60-90 minutt. Intervjuet blir tatt opp med lyd-opptaker og senere skrevet ned ord for ord.

##### **Det er frivillig å delta**

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

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

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

- Student og prosjektleder vil ha ansvar for å oppbevare data og opplysninger. Datamaterialet vil bli lagret i SAFE (Sikker tilgang til forskningsdata og e-infrastruktur), som er universitetets tjeneste for behandling av sensitiv persondata.
- Person-, sted- og lokalitetsopplysninger blir anonymiserte.

Til tross for anonymisering av person-, sted- og lokalitetsopplysninger er musikkterapi et relativt ferskt fagfelt og det er enda ikke så mange musikkterapeuter som arbeider i et FACT-team. Det kan derfor ikke utelukkes helt at deltakere kan identifiseres av personer som kjenner til fagfeltet.

#### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 15 juni 2022. Det innsamlede datamaterialet vil da bli slettet.

#### **Dine rettigheter**

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

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

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

#### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Universitetet i Bergen ved Lars Tuastad, [lars.tuastad@uib.no](mailto:lars.tuastad@uib.no), 45488282
- Student: David Hope Solberg, [dso007@uib.no](mailto:dso007@uib.no), 91794429
- UIBs personvernombud: Janecke Helene Veim, 555822029/93030721, [Janecke.Veim@uib.no](mailto:Janecke.Veim@uib.no)

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

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

Med vennlig hilsen

Lars Tuastad (veileder)  
David Hope Solberg (masterstudent i musikkterapi)

## **Samtykkeerklæring**

---

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet "Musikkterapi i FACT-team – en kvalitativ studie av det tverrfaglige teamets opplevelser av musikkterapi", og jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3: Intervjuguide

### Intervjuguide

Denne intervjuguiden inneholder en oversikt over temaene jeg tenker å ta opp, samt forslag til spørsmål som kan bli stilt på de ulike temaene.

#### Innledning:

- Hva er deres yrkestittel/rolle i FACT-teamet?
- Hva synes dere er det kjekkeste med å jobbe i et FACT team?

#### Musikkterapi i FACT-team

1. Hvordan opplever dere musikkterapitilbudet i FACT-teamet?
2. Hva tenker dere bør være musikkterapeutens rolle i et FACT-team?

#### Musikkterapi og andre behandlingstilbud

3. Er det noe som er unikt eller skiller seg ut med musikkterapi i forhold til andre behandlingstilbud i FACT-teamet?
4. Har dere erfaringer med at musikkterapi har støttet opp under andre behandlingstilbud i FACT-teamet? Hvis ja, på hvilke måter?

#### Tverrfaglig samarbeid

5. Hva tenker dere kan være viktige faktorer i samarbeidet mellom musikkterapeut og resten av det tverrfaglige teamet for at pasientene skal få mest mulig utbytte av musikkterapien?
6. Tenker dere at det er nødvendig at en musikkterapeut er inkludert i et FACT-team eller kan det også fungere at musikkterapeuten har pasienter tilknyttet til FACT, men er ikke en del av selve FACT-teamet? (Hvorfor, hvorfor ikke?)

#### Spesifikke mål i FACT-manualen

7. På hvilke måter kan musikkterapi støtte opp under personlig recovery?
8. Kan musikkterapi bidra til økt deltakelse i lokalsamfunnet? På hvilke måter? Har dere erfaringer med dette?

### **Kostnadseffektivitet**

9. Hvordan tror dere musikkterapitilbudet scorer i henhold til kostnadseffektivitet?

### **Utfordringer og forbedringspotensialer**

10. Ser dere noen utfordringer eller noe som kan forbedres med musikkterapitilbudet?

### **Avrunding og oppsummering**

11. Hvis dere skulle trekke ut to ting som dere mener er det viktigste vi har snakket om, hva ville det vært?
12. Er det noe mer dere ønsker å si eller legge til?