

*“Jeg fant musikken igjen i musikkterapien
og kommer sikkert aldri til å slutte med det”:*

Medlemmers opplevelse av musikkterapi i et kommunalt
oppfølgingstilbud i Norge



*“I rediscovered music through music therapy
and I’ll probably never stop doing it”:*

Members’ experience of music therapy in a communal after care program
in Norway

Marcus de Bruyn Trzebinski
Masteroppgave i musikkterapi
Universitetet i Bergen

Våren 2020

Sammendrag

Denne kvalitative studien tar utgangspunkt i et aksjonsforskningsprosjekt med medlemmer av et musikkoppfølgingstilbud i Norge. Målet med studien er å utvikle kunnskap om hvordan medlemmer opplever musikkterapi i et kommunalt musikkoppfølgingstilbud. Det er også relevant å utforske hvordan deres opplevelser kan forstås i lys av teori innen recovery og samfunnsmusikkterapi. Studien inkluderer 1 band med aldersgjennomsnitt på 30 år.

Det teoretiske rammeverket for denne studien er teori innen recovery og samfunnsmusikkterapi. Det blir også presentert en litteraturgjennomgang som tar for seg et utvalg av nasjonale retningslinjer og norsk musikkterapilitteratur innen oppfølging i psykisk helsefeltet.

Metoden for å generere kunnskapen som legges til grunn i studien er deltakende aksjonsforskning og deltakende observasjon. For å dokumentere den genererte kunnskapen benyttes én lydfestet samtale med gruppen supplert med feltnotater. For å analysere kunnskapsgrunnet benyttes stegvis deduktiv-induktiv metode (SDI).

Resultatene fra struktureringen av kunnskapen tyder på at sentrale tema i medlemmenes opplevelse av musikkterapi innebærer *sosiale relasjoner, musikk som ressurs og syn på psykisk helse*. Sentrale undertema er *tilhørighet, finne tilbake til musikken, tilrettelegging for ressursutvikling*, i tillegg til *stigma og recovery*.

I diskusjonen knyttes medlemmenes opplevelser gjennom prosjektet opp mot teori innen recovery, samfunnsmusikkterapi og utvalgt litteratur. Sentrale tema i diskusjonen består av utvikling av identitet som ressursperson, utforsking og tilrettelegging av ulike tilnærminger til musikk, samt erfaringer og utfordringer knyttet til psykisk helse.

Konklusjonen for denne oppgaven er at medlemmene opplever at musikkterapi kan tilby et trygt sted hvor de kan oppleve mestring, bygge relasjoner, føle seg friske og utvikle iboende ressurser i et likeverdig fellesskap. Teori innen recovery og samfunnsmusikkterapi bidrar med et relevant forståelsesgrunnlag for å belyse medlemmenes opplevelser i musikkterapi, og det er fremtredende at musikkterapi med samfunnsmusikkterapeutiske kvaliteter kan støtte opp under medlemmenes recoveryprosess.

Abstract

This is a qualitative study based on an action research project conducted in collaboration with members of a music therapy after care program in Norway. This study seeks to explore members' experiences of music therapy in a mental health communal after care program, and how their experiences can be understood in light of theory within recovery and community music therapy. The study includes participants with an age averaging at 30 years.

Theories of recovery and community music therapy provide the theoretical framework for this study. The study presents a literature review consisting of a selection of national guidelines and Norwegian literature of music therapy within mental health after care.

The methodology to generate knowledge is participatory action research and participatory observation. To document the generated knowledge a recorded conversation with a focus group is complemented with field notes. A stepwise deductive-inductive method is utilized to structure the knowledge.

Results from the analysis of members' experiences include central themes related to *social relations, music as a resource, and views on mental health*. Central sub-themes are *affiliation, re-discovering music, facilitation of resource development, stigma and recovery*.

Members' experiences throughout the project are **discussed** in light of theory related to recovery, community music therapy and selected literature. The discussion include development of identity as a resource person, exploration and facilitation of different approaches to music, and lastly experiences and issues regarding mental health.

The conclusion of this study suggests that the members experience music therapy as a safe place to experience coping, establish relationships, well-being and developing inherent resources in an equal community. Theory within recovery and community music therapy provide a relevant basis of understanding the members' experiences in music therapy, and it is prominent that music therapy with qualities from community music therapy theory can support the members' recovery process.

Forord

Denne masteroppgaven har vært en del av en spennende og utfordrende prosess helt fra jeg startet å utforme en projektskisse til det ferdige produktet. Jeg har brukt mye tid på å finne ut av hva jeg ville skrive om og det har vært viktig for meg å kunne utfordre meg selv og finne ut hva slags musikkterapeut jeg har lyst til å bli. Jeg har vært igjennom mange ulike ideer til prosjekter som jeg har presentert for medstudenter for å se fordeler og ulemper, og vurdere gjennomførbareheten til ideen. Det har vært en frustrerende og givende prosess å gå fra utallige muligheter til å lande på ideen som denne masteroppgaven utgjør.

En del av prosessen for å forstå aksjonsforskning har vært å presentere prosjektet på Nordic Student Music Therapy Conference og på Norsk Konferanse i Musikkterapi, våren 2020.

Jeg vil i første omgang gi en stor takk til veileder Lasse Tuastad som har bidratt med konstruktive tanker og moralsk støtte i prosessen.

Videre har min kjære Amalie vært en solid støttespiller både personlig og faglig. Takk for at du holder ut og tror på meg.

Takk til medlemmene av musikkoppfølgingstilbudet som ville være med i studien. Og en stor takk til alle medstudenter og forelesere på musikkterapistudiet for interessante og tankevekkende diskusjoner. Takk til Tarje Wanvik for inspirasjon. Og til sist, takk til mamma for korrekturlesing.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	7
1.1 Forskningsspørsmål	9
1.2 Begrepsavklaring	10
1.3 Litteraturgjennomgang	13
1.4 Disposisjon av oppgaven	17
2 Metode	19
2.1 Vitenskapsteoretisk grunnsyn	19
Epistemologi	19
Konstruksjonisme	20
Refleksivitet	20
Hermeneutisk tilnærming	21
Valg av kvalitativ metode	22
2.2 Metode for generering og dokumentering av kunnskap	23
Aksjonsforskning	23
Deltakende observasjon	27
Feltnotat	28
Fokusgruppeintervju	28
2.3 Analyse	30
2.4 Etisk grunnlag for prosjektet	32
2.5 Kvalitetssikring i forskningen	33
Validitet	33
Deltakersjekk	34
Kvalitetssikring	34
EPICURE	35
3 Teori	37
3.1 Recovery	37
Recovery og musikkterapi	40
3.2 Samfunnsmusikkterapi	42
Deltakelse	44
Ressursorientert	45
Økologi	45
Aktivistisk	46
4 Gjennomgang av analyseprosessen	47
5 Presentasjon av generert kunnskap	51
5.1 Sosiale relasjoner	51
5.2 Musikk som ressurs	54

5.3 Syn på psykisk helse	56
6 Diskusjon	60
6.1 Sosiale relasjoner	60
6.2 Musikk som ressurs	64
6.3 Syn på psykisk helse	67
7 Avslutning	71
7.1 Oppsummering	71
7.2 Konklusjon	72
7.3 Implikasjoner	73
7.4 Kritisk blikk på egen forskning	75
8 Litteraturliste	77
Vedlegg	85
Vedlegg 1: Intervjuguide	85
Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD	86

1 Innledning

Denne masteroppgaven handler om et aksjonsforskningsprosjekt ved et musikkoppfølgingstilbud i psykisk helsefeltet med utspring i egenpraksis som student ved musikkterapistudiet. Målet med prosjektet var å utvikle praksisnær kunnskap om hvordan medlemmer opplever musikkterapi. Dette gjorde vi ved å samarbeide om et innspillingsprosjekt og en konsert. Erfaringene fra aksjonsforskningsprosjektet og egenpraksis er utgangspunktet for denne masteroppgaven.

“Jeg fant musikken igjen i musikkterapien og kommer sikkert aldri til å slutte med det” er en uttalelse fra et av medlemmene av et musikkoppfølgingstilbud. For mange mennesker kan musikk virke uoverkommelig og uoppnåelig, noe som kan føre til at man legger det vekk og undertrykker sin musikalske identitet. Ofte innebærer musikkterapi å bruke musikk for å utvikle nye handlemuligheter (Ruud, 1990), enten man finner tilbake til et tidligere talent eller utforsker en helt ny side av seg selv. I tiden etter behandling på en institusjon, for eksempel distriktpsikiatrisk senter (DPS), hvor man skal tilbake til hverdagslivet kan det være viktig å ha et sted å være og ha tilgang til stimulerende aktiviteter (Helsedirektoratet, 2013, s. 97-98). Samtidig kan et godt og variert oppfølgingstilbud føre til færre reinnleggelser (Helsedirektoratet, 2015, s. 104). I regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse er oppfølging på agendaen, som viser til at oppfølging av personer med psykiske lidelser har vært for dårlig og er et område de skal satse mer på fremover (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Musikkterapi innen psykisk helsearbeid er et relativt nytt felt og er foreløpig ikke spesielt utbredt i Norge (Dale, Kielland, Stige & Trondalen, 2015; Halås, 2019). Området som har kommet lengst innen forskning på helsefaglige effekter og med tydelig etablert samfunnsoppdrag, er innen utredning, behandling og oppfølging hos personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013; Stige, Schmid, Solli, & Trondalen, 2019, s. 5). De siste årene har musikkterapi fått oppmerksomhet av blant annet Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid (NAPHA) som en viktig del av et behandlings- og oppfølgingsforløp (Rolvjord, 2019; Rønningen, 2019; Steffensen, 2018; Steffensen, Fleiner & Sæther, 2016).

Musikkterapi blir trukket frem som en vei til blant annet sosial deltakelse, mestring og glede i tillegg til å være en del av et helhetlig behandlingstilbud. Daglig leder for Bergensklinikken, Eystein Hauge, forteller i forordet i en evalueringsrapport at tilbakemeldingene fra brukere av musikkterapi er “unisont positive” og slår fast at “musikkterapi er kommet for å bli og for å videreutvikles” (Dale, 2019, s. 1). Sentrale elementer i et medikamentfritt behandlingstilbud innebærer blant annet tett oppfølging, et godt psykososialt behandlingstilbud og reell brukermedvirkning (Øvernes, 2019, s. 2) som gir et tydelig bilde av musikkterapi som en meningsfull del av et behandlingstilbud. Det sosiale og kulturelle aspektet rundt musikkterapi er det flere deltakere som har positive opplevelser av og har for mange vært veien tilbake til samfunnet (Rolvsvjord, 2019). Tidligere doktorgradsavhandlinger (Solli, 2014; Tuastad, 2014), masteroppgaver (Hernæs, 2019; Nydal & Ottesen, 2016), pilotprosjekter (Bjotveit, Wormdal & Tuastad, 2016; Tuastad, 2019; Tuastad, Johansen & Østerholt, 2018) og rapporter (Dale 2014; 2019; Kielland 2015; Kielland & Selbekk, 2019; Kielland & Taihaugen, 2018) om musikkterapi innen psykisk helse og rus konkluderer med at det er behov for mer og bredere forskning på feltet.

Min bakgrunn

Jeg utdanner meg som musikkterapeut i Norge, som innebærer et fokus på humanistisk, ressursorientert og samfunnsorientert perspektiv i musikkterapi (Rolvsvjord, 2008, 2010; Ruud, 2008; Stige, 2008; 2012). Et aspekt de nevnte orienteringene har til felles er at de ser på mennesket som et kontekstuellet og relasjonelt vesen. Dette blir omtalt som et flerdimensjonelt menneskesyn hvor vi forstår mennesket som organisme, individ og samfunnsvesen (Ruud, 2008). Disse perspektivene vektlegger også at mennesker er like mye verdt og fremmer likeverdighet i relasjon. Å være likeverdig vil ikke si “ikke forskjellige”, men at forskjeller er verdifulle og at det eksisterer en likeverdig og gjensidig relasjon mellom terapeut og klient (Rolvsvjord, 2008). Gjennom utdanningen har jeg som musikkterapistudent tilbrakt praksisperioder innen blant annet (DPS) (spesialisthelsetjenesten) og kommunale oppfølgingstilbud (primærhelsetjenesten). Flere av personene jeg møtte i musikkterapistilbudet på DPS ønsket å fortsette med musikkterapi etter endt behandling, som er avhengig av om den lokale kommune tilbyr musikkterapi (Halås, 2019). Jeg har lenge vært interessert i hvordan musikk kan være en helseressurs for personer med ulike psykiske utfordringer, som gjør seg særlig gjeldende ettersom statistikk viser at omtrent halvparten av

den norske befolkning vil utvikle en form for psykisk lidelse i løpet av livet (Mykletun & Knudsen, 2009, s. 10).

En kort gjennomgang av aksjonsforskningsprosjektet

I utviklingen av denne oppgaven funderte jeg over hvordan jeg kunne utforske musikkterapi innen psykisk helsearbeid. Jeg kontaktet en musikkterapeut som jobbet innen psykisk helsearbeid og forhørte meg om jeg kunne spørre medlemmer av tilbudet om de vil delta i et aksjonsforskningsprosjekt som en del av min masteroppgave. Det var i orden og musikkterapeuten stilte seg til rådighet dersom jeg trengte hjelp. Jeg ble med i en nyetablert gruppe bestående av 2 tidligere medlemmer og ett nytt medlem. Etter noen uker med møter spurte jeg gruppen om de kunne tenke seg å etablere og gjennomføre et prosjekt hvor vi bruker mulighetene vi har tilgjengelig på huset. Gruppen var positiv til dette og ble enige om et ønske om å bruke studio for å spille inn egen musikk. Fremover brukte vi noen måneder på å lage en låt sammen og testet den ut på en lokal scene. Gruppen var rimelig fornøyd med låta så vi planla å starte med studioinnspillingen etter nyttår. Vi kontaktet en lokal lydtekniker for å gi opplæring og veilede oss i innspilling og miksing. I etterkant av innspillingen har vi møttes for å spille mer og fortsette på egen hånd med mixingen.

1.1 Forskningsspørsmål

Formålet med denne masteroppgaven er å bidra i kunnskapsutviklingen om hvordan mennesker opplever musikkterapi i kommunale oppfølgingstjenester innen psykisk helsearbeid. På bakgrunn av dette har jeg formulert følgende forskningsspørsmål:

Hvordan opplever medlemmer av et musikkterapeutisk oppfølgingstilbud musikkterapi?

De siste 10 årene har teori innen recoveryperspektivet fått større fotfeste innen musikkterapilitteraturen og resonnerer med flere musikkterapeutiske verdier (se kapittel 3 om *recovery* og *musikkterapi*). Videre står teori innen samfunnsmusikkterapi sentralt i forståelsen av musikkterapi som fokuserer på dynamikken mellom musikk, individ, helse og samfunn (se kapittel 3 om *samfunnsmusikkterapi*). For å belyse medlemmenes opplevelser ønsker jeg å

benytte forståelsesgrunnlaget som de teoretiske perspektivene nevnt over tilbyr. På bakgrunn av dette har jeg formulert et supplerende forskningsspørsmål:

Hvordan kan deres opplevelser belyses av teori innen recovery og samfunnsmusikkterapi?

1.2 Begrepsavklaring

Musikkterapi og psykisk helse

Ruud sin definisjon av musikkterapi (1990, s. 24) innebærer at “*musikkterapi handler om å gi mennesker nye handlemuligheter gjennom musikk*” som beskriver en prosess hvor man bruker musikk som verktøy for å utvikle nye handlemuligheter. Jeg opplever at denne definisjonen resonnerer med et fokus på å utvikle klientens iboende ressurser gjennom en likeverdig relasjon mellom klient og terapeut.

GAMUT (Griegakademiets senter for musikkterapiforskning) publiserte i 2019 en kunnskapsbeskrivelse av musikkterapi og psykisk helse som vektlegger en tilnærming til praksis som er ressurs- og samfunnsorientert i samarbeid med tverrfaglige yrkesgrupper og over flere samfunnsnivåer. Denne tilnærmingen fremhever betydningen av å anerkjenne og stimulere deltakernes ressurser, med vekt på å fremme helse, recovery, livskvalitet og velvære i en likeverdig relasjon (GAMUT, 2019).

Hva er et musikkterapeutisk oppfølgingstilbud?

For å gjøre rede for hva et musikkterapeutisk oppfølgingstilbud kan være vil jeg ta utgangspunkt i pilotprosjektet MOT82 sine evalueringsrapporter (Bjotveit, Wormdahl & Tuastad, 2016; Tuastad, Johansen & Østerholt, 2018). MOT82 (Musikkoppfølgingstilbud for mennesker med psykisk lidelse) er et samarbeid mellom Helse Bergen, Bergen kommune og Universitetet i Bergen som vektlegger musikkterapi i en oppfølgingsfase for mennesker som har fått tilbud om musikkterapi i behandling. Målsettinger for MOT82 er:

- Deltakelse i prosjektet skal gi mot til å mestre hverdagslivet utenfor institusjon bedre gjennom aktiv deltakelse 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. (Bjotveit, Wormdahl & Tuastad, 2016, s. 4; GAMUT, 2016)

MOT82 bygger på en tretrinnsmodell som er adaptert fra prosjektet Musikk i fengsel og frihet (Tuastad, 2014). Gjennom deltakelse i de ulike fasene eller trinnene er formålet at flere mennesker med utfordring med sin psykiske helse vil kunne delta i musikk/kulturaktiviteter i lokalsamfunnet (Tuastad, 2016).

1. trinn: Musikkterapi tilbud inne på DPS (spesialisthelsetjenesten)
2. trinn: Musikkterapi tilbud ute ved aktivitetshus (primærhelsetjenesten)
3. trinn: Musikk som egendrevet aktivitet i lokalsamfunnet (Tuastad, 2016, s. 6-7).

Trinnene er ment for å illustrere en bro mellom institusjonsopphold og veien mot et selvstendig liv i samfunnet. Trinn 1 og 2 innebærer oppfølging og støtte av musikkterapeut, mens trinn 3 har mål om å være egendrevet aktivitet.

Recovery

I denne oppgaven tar jeg hovedsakelig utgangspunkt i forståelsen av recovery slik den er skissert av Williams Anthony (1993). Han argumenterer for at recovery innebærer å leve et meningsfylt liv på tross av psykiske lidelser hvor fokuset ligger på å ha tro på egne ferdigheter, gode relasjoner og mulighet for utvikling. Den kliniske aspektet av recoverybegrepet er et utspring fra en medisinsk patologisk forståelse som kort sagt handler om å bli symptomfri og selvstendig (Solli, 2012, s. 27). Jeg mener at tilnærmingen til Anthony bidrar med et relevant forståelsesgrunnlag for oppgaven. Jeg utelukker imidlertid ikke at andre forståelser av recovery kan være relevant. Jeg utdyper recovery i kapittel 3.

Medlem og deltaker

I samtaler med prosjektgruppen kom det frem at begrepet *bruker* og deltaker ikke representerer deres situasjon eller holdninger i musikkoppfølgingstilbudet. Gruppen foreslår *medlem* som de opplever som mer passende og beskrivende alternativ. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §1-3f) er en bruker definert som en person som “anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp. Jeg vil derfor benytte meg av *medlem* i diskusjonen når jeg omtaler personer som er en del av musikkoppfølgingstilbudet. Når jeg omtaler litteratur som bruker andre begreper vil jeg beholde den originale ordlyden.

Psykisk helsearbeid

I psykisk helsearbeid er det fokus på helsefremmende arbeid, forebygging og reduksjon av problemer knyttet til psykiske lidelser. Psykisk helsearbeid er ofte brukt om primærhelsetjenesten sine tilbud til mennesker med psykiske lidelser, mens psykisk helsevern rommer spesialisthelsetjenesten sin rolle i utredning og behandling av psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2014). I denne oppgaven vil jeg bruke psykisk helsearbeid ettersom oppfølgingstilbudet har fokus på helsefremmende arbeid og sosial inkludering. Ettersom tilbudet driftes ute i lokalmiljøet og ikke på et DPS er det også en grunn til å bruke begrepet helsearbeid fremfor helsevern.

Psykisk utfordring/lidelse

Gjennom samtaler med deltakerne i studien ble syn på psykisk helse et sentralt tema. Vi kom frem til at psykiske *utfordringer* foretrekkes fremfor psykiske *lidelser* eller *vansker*. Formålet med denne nyanseringen er ikke at deltakerne skal fremstå friskere enn de nødvendigvis er eller bagatellisere utfordringene deltakerne muligens har. Vi ønsker å fremme en ordlyd som målgruppen selv opplever som passende og representativt for deres opplevde helsetilstand uten at det oppleves stigmatiserende.

Oppfølging

I denne oppgaven vil oppfølging bli brukt som et ord for å skildre det som omtales som ettervern. Dette gjøres hovedsakelig fordi helsedirektoratet de siste årene har kommet med

retningslinjer i psykisk helse- og rusomsorg (Helsedirektoratet 2013; 2014; 2015; 2016) der ordet oppfølging erstatter det tidligere brukte ordet ettervern.

1.3 Litteraturgjennomgang

For å sette denne oppgaven inn i en forskningshistorisk kontekst vil jeg forsøke å sammenfatte litteratur som jeg mener er relevant for oppgaven. Jeg har gjennomført søk hovedsakelig i Oria, Idunn og Nordic journal of music therapy. Søkeordene jeg har brukt er “musikkterapi”, “psykisk helsearbeid”, “oppfølging”. I tillegg har jeg benyttet litteraturlistene til de ulike funnene, diverse pensumlister gjennom musikkterapistudiet og ideer fra kollokviegrupper med medstudenter. Litteraturgjennomgangen skal bidra med en kontekst jeg mener er relevant for oppgaven og ikke være en fullstendig gjennomgang av all forskning. Jeg starter med å gjennomgå ulike retningslinjer og anbefalinger fra helsedirektoratet før jeg går videre til relevante masteroppgaver og evalueringsrapporter om musikkterapi innen psykisk helsearbeid.

Oppfølging i psykisk helsearbeid

Det har vært en utvikling innen psykisk helsevern og helsearbeid i Norge særlig de siste 20 årene hvor distriktpsikiatriske senter og kommunale tjenester får større ansvar for utredelse, behandling og oppfølging av personer med psykiske lidelser (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009, s. 26; Helsedirektoratet, 2013; Solli, 2009). Rundt samme tid¹ trådte samhandlingsreformen i kraft (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Denne reformen fokuserte på blant annet et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene, rett til behandling i nærområdet samt større innsats fra primærhelsetjenesten i forebygging og oppfølging av psykiske lidelser i befolkningen (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009). Etter flere reformer i det norske helsevesen er det lagt stor vekt på brukermedvirkning og brukeres² ønske for behandling og tilbud etter endt behandling. Ikke lenge etter denne reformen ble musikkterapi inkludert i en rekke nasjonale faglige retningslinjer. Et utvalg av disse er innen utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013), legemiddelfritt behandlingstilbud (Bjerkan & Leiknes, 2016) og behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet

¹ Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012.

² Når “bruker” er en del av originalspråket så jeg benytter meg av den opprinnelige ordlyden.

(Helsedirektoratet, 2016). I regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999) kom det frem at oppfølging av personer med psykiske lidelser var for dårlig, som gjenspeiler seg i flere nevnte retningslinjer at dette er et område de ønsker å satse mer på.

Musikkoppfølgingstilbud tar utgangspunkt i blant annet et behov for tilbud til brukere som er ferdigbehandlet og gjennom insentiv fra Helsedirektoratet:

Ensomhet er ofte fremtredende hos personer med alvorlig psykisk lidelse, og sosiale nettverk kan bidra til å styrke funksjonsevnen. Nære relasjoner og godt nettverk kan både bidra til å forebygge psykiske problemer og være til god hjelp og støtte når problemer har oppstått. Mange 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. Aktivitetene må ta utgangspunkt i den enkeltes interesser og i størst mulig grad foregå på allmenne arenaer.

(Helsedirektoratet, 2013, s. 97-98)

Det legges også frem i “Sammen om Mestring” (Helsedirektoratet, 2015) at “dårlig balanse mellom tjenestetilbud i sykehus og utenfor sykehus kan tenkes å påvirke omfang og utvikling i reinnleggelser” (s. 104), som viktiggjør et godt og variert oppfølgingstilbud for å forebygge reinnleggelser.

Helsedirektoratet omtaler musikkterapi i de Nasjonale faglige retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013) hvor musikkterapi har fått høyeste gradering (A) og høyeste evidensnivå (1a). Retningslinjene legger frem at “...musikkterapi fremmer tilfriskning, og behandlingen bør starte i en så tidlig fase som mulig med henblikk på å redusere negative symptomer” (Helsedirektoratet, 2013, s. 70). Det legges også frem eksplisitt at behandlingen må utføres av terapeuter med godkjent musikkterapiutdanning. Retningslinjen trekker avslutningsvis frem at “forskningen viser at musikkterapi både kan inngå i behandling innen psykisk helsevern og i kommunalt arbeid” (Helsedirektoratet, 2013, s. 70). Forskningen som ligger til grunn viser at musikkterapi reduserer blant annet depressive symptomer, angst og negative symptomer, forbedrer generell

klinisk og psykisk helsetilstand, samt sosialt funksjonsnivå (Gold, Solli, Krüger & Lie 2009; Mössler, Chen, Heldal & Gold, 2011).

Masteroppgaver om musikkterapi i oppfølgingstilbud

Malena Grov Ottesen og Kjetil Andreas Nydal skrev i 2016 sin masteroppgave sammen om deltakeres opplevelse av et musikkterapeutisk oppfølgingsprosjekt i psykisk helsearbeid i Norge (Nydal & Ottesen, 2016). Forfatterne setter deltakernes skildringer fra intervjuer i lys av teori innen samfunnsmusikkterapi og recovery, og trekker en konklusjon om at musikkterapi i oppfølging kan ha svært mange positive følger. De skriver at “musikkterapi som oppfølging har åpnet opp for viktige faktorer for bedring i deltakernes liv, for eksempel mestring, sosial støtte, egenverdi og positiv identitet” (Nydal & Ottesen, 2016, s. 93). Samtidig har de fått innblikk i noen utfordringer deltakerne har fortalt om. De nevner at “de ikke alltid føler seg møtt i sine ønsker, at de må utfordre seg selv og kanskje måtte stå i ubehag for å imøtekomme de andre i gruppa” (Nydal & Ottesen, 2016, s. 93). Denne tilbakemeldingen kan tyde på at tilbudet fungerer godt, men at det finnes rom for forbedring.

I sin masteroppgave skriver Thea Hernæs (2019) om musikkterapibaserte band og veien mot selvstendig virksomhet gjennom en tretrinnsmodell (Tuastad, 2014). Det er en kvalitativ studie av bandgrupper ved et musikkoppfølgingstilbud innen psykisk helsearbeid. Formålet med studien er å undersøke bandgruppers opplevelser av å delta i et musikkoppfølgingstilbud og veien mot å bli selvstendig, hvor musikkterapeuten ikke lenger er med i gruppen. I konklusjonen trekker hun frem at noen av deltakerne opplevde overgangen til egendrevet band som utfordrende (Hernæs, 2019, s. 66) hvor en av årsakene var hvilke ambisjoner deltakerne hadde for å delta i musikkoppfølgingstilbudet. Det var fremtredende at musikkterapeutens rolle var viktig for deltakerne på alle områdene, både sosialt, praktisk og musikalsk. Deltakerne forteller også at deltakelse i musikkoppfølgingstilbudet har bidratt til å få et mer positivt syn på egen helse og økt selvstendighet. Flere opplevde at overgangen til å bli selvstendig har gått fint, og at de tar mer ansvar i jobbsammenheng og som frivillige og på den måten går fra å være bruker til å bli en ressurs i lokalsamfunnet. Hernæs avslutter med å fremme behovet for videre forskning for å bedre tilrettelegge tilbudet.

Evalueringsrapporter fra musikkoppfølgingstilbud

Jeg vil her redegjøre kort for evalueringsrapporter fra musikkoppfølgingstilbud innen psykisk helsearbeid.

Jeg går først inn på evalueringsrapporten til Bjotveit, Wormdahl & Tuastad (2016) hvor de hadde to mål. Hovedmålsettingen er å utarbeide kunnskap om musikkterapi for mennesker med psykiske lidelser som er i en oppfølgingsfase. Delmålet er å utvikle kunnskap om implementering av musikkterapi som oppfølgingstilbud i psykisk helse gjennom prosjektet MOT82 ved dokumentering og evaluering av praktisk arbeid. Undersøkelsen de gjorde viste til et stort engasjement fra deltakerne som gir tilbakemeldinger om at MOT82 er svært viktig for dem, både personlig, sosial og forebyggende for sosial isolasjon. De konkluderer med at det er et behov for å utvikle kommunale musikkterapitilbud og at samhandling med spesialisthelsetjenesten bør vektlegges.

To år senere kom det ut en ny evaluering av musikkoppfølgingstilbudet MOT82 (Tuastad, Johansen & Østerholt, 2018). Målsettingene i denne rapporten, gjennom en bruker spør bruker metode, er å få innsikt i 1) Hvordan det oppleves å delta i musikkoppfølgingstilbudet MOT82, og 2) Hvordan har prosjektet UTAN Terapeut - MOT82 UT i lokalsamfunnet bidratt til deltakelse i kulturlivet i lokalsamfunnet?

De som ble intervjuet uttrykte det positivt å bli intervjuet av en bruker, og opplevde at det likeverdige forholdet gjorde det lettere å delta. Svarene i undersøkelsen gir inntrykk av at deltakerne er fornøyde med å ha MOT82 å gå til fast i uka. Her opplever de en trygg plass med rom for mestring, vennskap og positive opplevelser. Forfatterne forteller at bruker spør bruker evalueringen bidro til flere nyanser og kritiske innspill fra deltakerne hvor de tok opp områder de opplevde som vanskelig og trengs å jobbes med. Rapporten la frem 5 konkluderende punkter: 1) de opplever stedet som deres faktiske lokale kulturtilbud, 2) de ønsker større fleksibilitet, 3) det er et sted de opplever tilhørighet og fellesskap, 4) de opplever utfordringer med ekskludering av nye medlemmer, og 5) ønsker om å tone ned fokus på psykisk helse og tone opp fokus på musikk. Bergen kommune overtok drift av MOT82 fra og med 1.1.2019 og gjør tilbudet permanent som en del av Kunst, kultur og Psykisk Helse (KKPH) (Bergen kommune, 2020; Tuastad, Johansen & Østerholt, 2018).

I skrivende stund finnes det flere rapporter fra kommunale musikkterapitilbud i Norge innen psykisk helse- og rusfeltet (Dale, 2014; 2019; Kielland, 2015; Kielland og Selbekk, 2019; Kielland & Taihaugen, 2018). I rapportene er det mange som får komme til ordet, både deltakere i musikkterapi, musikkterapeuter, tverrfaglige yrkespersoner og avdelingsledere. Flere av rapportene konkluderer med at musikkterapi har betydd mye blant annet for å oppleve glede, mestring, tro på seg selv, brukerstyring, inkludering, bearbeiding av følelser, og at musikkterapi har en plass i et tverrfaglig behandlingstilbud og kommunale tjenester innen psykisk helse- og rus.

Refleksjoner rundt litteraturgjennomgangen

Jeg har nå gjort rede for et utvalg av litteratur som jeg legger til grunn for denne oppgaven. Målet med litteraturgjennomgangen er å få et innblikk i hva som har blitt gjort på feltet i Norge til nå og skal ikke være en systematisk gjennomgang av all litteratur. I en slik systematisk gjennomgang kan det blant annet være hensiktsmessig å inkludere litteratur fra andre land enn Norge. At jeg ikke inkluderer utenlandske artikler i denne litteraturgjennomgangen utelukker ikke at de kan være relevant for tematikken oppgaven omhandler. Likevel opplever jeg at den utvalgte litteraturen gir et godt bilde av tidligere forskning på feltet. Avslutningsvis tenker jeg at det finnes mye potensiale i litteraturen for å utforske nye arbeidsmetoder, teorigrunnlag og deling av erfaringer på tvers av landegrenser for å skape et bredt forskningsgrunnlag og utvikle gode musikkterapitilbud i både spesialisthelsetjenesten og kommunale tilbud.

1.4 Disposisjon av oppgaven

Oppgaven består av 8 kapitler. I innledningen presenterer jeg konteksten for studien, forskningsspørsmålet, begrepsavklaring og litteratursøk. I kapittel 2 vil jeg gjennomgå vitenskapssyn, metode for kunnskapsgenerering, analyse, etisk grunnlag for prosjektet og kvalitetssikring i forskningen. I kapittel 3 vil jeg gjennomgå det teoretiske rammeverket for oppgaven, før jeg i kapittel 4 presenterer analyseprosessen og utviklingen av hovedtema. Kapittel 5 består av en presentasjon av funn som jeg i kapittel 6 skal diskutere i lys av utvalgt teori innen recovery og samfunnsmusikkterapi, samt utvalgt litteratur. I kapittel 7 vil jeg oppsummere og konkludere hva jeg har gjort i oppgaven, etterfulgt av implikasjoner for

videre praksis og forskning før jeg avslutter med noen kritiske blikk på egen forskning.
Kapittel 8 inkluderer en litteraturliste etterfulgt av relevante vedlegg.

2 Metode

I dette kapitlet skal jeg gjøre rede for mitt valg av forskningsdesign og metode. Jeg starter med å gjøre rede for det vitenskapsteoretiske grunnsynet for studien. Deretter presenterer jeg metode for å generere og dokumentere kunnskap. Videre går jeg inn på analyseverktøyene jeg skal bruke før jeg avslutningsvis reflekterer rundt etiske aspekter ved prosjektet og kvalitetssikring i forskningen.

2.1 Vitenskapsteoretisk grunnsyn

Innen vitenskapsfilosofi er det mange retninger og holdninger om hvilken kunnskap som er gjeldende, hva forskning er og hvordan det skal bedrives. Det er mange valgmuligheter og føring for hva som kan gjøres innen ulike fagtradisjoner. I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i at forskning ikke trenger å være verdifritt eller nøytral, men heller at det kan være en fordel å være samfunnsengasjert og ønske å bidra til endringer i samfunnet. Jeg skal starte dette metodekapitlet med å redegjøre for det vitenskapsteoretiske grunnsynet for studien.

Epistemologi

Epistemologi stammer fra gresk og oversettes til “kunnskap, vitenskap, forståelse”. Matney (2018) trekker frem at epistemologi handler om (a) hvordan og hvor kunnskap kommer fra, (b) hva konstituerer kunnskap og sannhet, og (c) hva slags kunnskap er mulig, tilstrekkelig og troverdig (s. 4, min oversettelse). På lik linje med alle forskningsprosjekter finnes det mange kilder til kunnskap. Eksempelvis sitter deltakerne med erfaringskunnskap og egne opplevelser hvor jeg møter dem med mine erfaringer og teoretisk bakteppe. I tillegg kan vi skape nye opplevelser og erfaringer i møtet med hverandre gjennom observasjoner og refleksjoner underveis.

En forskningsprosess begynner gjerne med en forforståelse eller en antakelse om hvordan vi forstår kunnskap som deretter vil bidra til å forme forskningsspørsmålet (Matney, 2018). Forfatteren argumenterer for ulike roller filosofi kan ha i forskning og legger frem et revidert forslag av Crotty's *knowledge framework* som legger frem kunnskap fordelt inn i et

objektivistisk, konstruksjonistisk og subjektivistisk forståelsesgrunnlag (Matney, 2018, s. 13). I henhold til prosjektet jeg gjennomførte med medlemmene i oppfølgingstilbudet legger jeg vekt på kunnskap som genereres mellom mennesker hvor tolkning spiller en sentral rolle i forståelsen av kunnskapen. Med et slikt syn på kunnskap plasserer jeg denne studien innenfor konstruksjonisme.

Konstruksjonisme

Med utgangspunkt i at kunnskap er konstruert av og mellom mennesker og har en funksjon for oss, posisjonerer jeg studien i et konstruksjonistisk vitenskapssyn. Det innebærer blant annet at forskeren deltar som en aktiv agent i kunnskapsutviklingen. Kunnskapsutviklingen kan aldri bli fullstendig, men heller bidra til å skape nye spørsmål for videre forskning (Malterud, 2011). Et kritisk aspekt på sosial konstruksjonisme er at det tas for lite hensyn til teorien (Alvesson & Sköldberg, 2009). Jeg vil forebygge dette ved å benytte meg av eksisterende teori og litteratur samt egen forforståelse og forsøke ha en refleksiv tilnærming for å skille mellom min tolkning og hva som faktisk blir sagt.

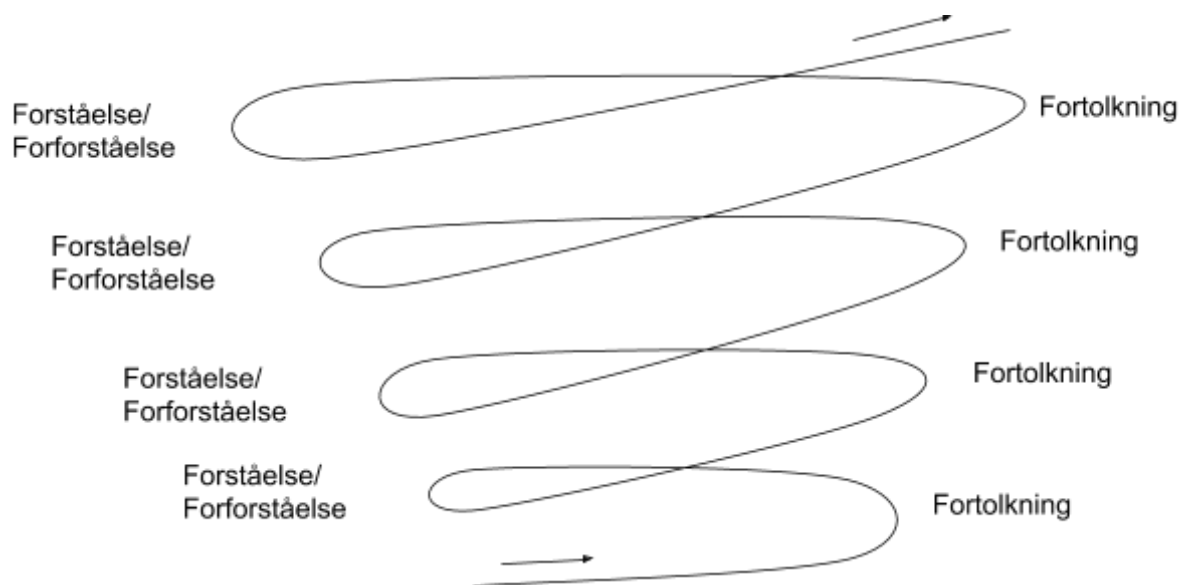
Refleksivitet

Refleksivitet innebærer at vi erkjenner og overveier betydningen av vårt eget ståsted i forskningsprosessen. Ulike krav om tvil, ettertanke og erkjennelse av eget ståsted inngår i det som ofte kalles *objektivitet* (Malterud, 2011, s. 19). Etterprøving og deling av kunnskap står sentralt på tvers av metodetradisjoner, som gjør refleksivitet essensielt for å gjøre kunnskapen nyttig i andre sammenhenger (Malterud, 2011, s. 17). En del av refleksiviteten er å være klar på hvilken forforståelse jeg har. For at forskningen skal bringe frem noe annet enn det man på forhånd vet eller har tatt for gitt er det nødvendig med et åpent sinn med plass for tvil, ettertanker, og uventede konklusjoner (Malterud, 2011, s. 18). Når jeg gjør rede for mine forforståelser og hypoteser kan leseren lettere forstå hvordan jeg kom frem til et bestemt resultat. Jeg må være forberedt på muligheten for å forkaste resultater og konklusjoner jeg trodde jeg hadde ettersom forskningsprosjektet skal kunne overleve systematiske forsøk på falsifisering ved at det stilles kritiske spørsmål til funnene og veien jeg tok for å finne dem.

Nærhet til stoffet kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon. Som forsker kan man komme til å identifisere seg så sterkt med en bestemt løsning at vi ikke klarer å se alternativene (Alvesson & Sköldberg, 2009). Om jeg blir for vant med en måte å gjøre ting på kan det bli vanskelig å se andre måter å gjøre det på. Derfor er det alltid viktig å spørre seg selv hvilke briller man har på seg - hvor ser jeg dette fra, hvordan tolker jeg dette, gjennom hvilke briller leser jeg kunnskapen som er generert, hva betyr den kulturelle og teoretiske tradisjon for spørsmålene jeg stiller (Malterud, 2011).

Hermeneutisk tilnærming

Hermeneutikk var opprinnelig et verktøy for å tolke tekster. Formålet var da å tolke religiøse og litterære tekster, mens det i dag også brukes som en handlingsbasert tilnærming hvor fortolkerens forståelse spiller en rolle for å oppnå kunnskap rundt et fenomen (Krogh, 2017, s. 7-17).



Figur 1: Hermeneutisk spiral. Illustrasjonen viser hvordan kunnskap utvikles gjennom forståelse/forforståelse og fortolkning og hvordan vi utvikler ny kunnskap basert på hva vi allerede vet. Inspirert av Johansson, 2017.

Det er vanskelig å kunne være helt objektiv i møtet med andre mennesker. Man har alltid en forforståelse som figuren over skal illustrere. Vår forforståelse har en innvirkning på hvordan vi tolker og forstår et fenomen, som igjen legger grunnlaget for vår nye forforståelse (Johansson, 2017; Krogh, 2017, s. 53). Det kan være utfordrende å motvirke kunnskapen som utgjør yrket man jobber i eller fagfeltet man leser om. Jeg sitter blant annet med en forforståelse av musikkterapeutisk litteratur og tradisjon som universitetet underviser i, et

engasjement rundt tematikken, i tillegg til et ønske om at deltakerne skal få nytte av tilbudet. En sentral del i prosjektet er at jeg er en aktiv agent i kunnskapsutviklingen på lik linje med de andre deltakerne. Det er viktig at jeg er klar over at det kan ha en innvirkning på prosessen og målsettingene, og inneha flere roller med ulik autoritet. Derfor er det viktig å være klar over konsekvensene valgene mine har for prosessen.

I denne studien legger jeg vekt på flere områder som stemmer godt overens med et hermeneutisk kunnskapssyn som er godt forankret i den norske humanistiske musikkterapitradisjonen (Ruud, 2008). Noen av områdene er blant annet en kontekstuell musikkforståelse, at mennesket må forstås ut fra sin historie, kontekst, kultur og sosiale sammenheng. Samtidig legger jeg vekt på fortolkning og betydning av forforståelse, i tillegg til å prøve å forstå bruddstykker i lys av helheten, og helheten i lys av bruddstykkene. I utformingen av forskningsspørsmålet så kan den bli til gjennom en intuisjon om hva fenomenet kan innebære, som kan komme ut fra både praktiske erfaringer og teoretisk forståelse (Johansson, 2017). Allerede før utformingen av forskningsspørsmålet er forskeren farget av hva som kan skje og hva man ser etter. Dette i sin tid kan også farge hva man finner. Dette kan være en styrke for å kunne ha oversikt over kunnskapshull som eksisterer på feltet, og det kan være en svakhet med en skjevhet i fortolkningen av funnene som kommer frem i prosjektet (Johansson, 2017).

Valg av kvalitativ metode

Denne oppgaven har som hovedmål å utforske musikkterapi sammen med medlemmer av et oppfølgingstilbud. Det finnes mange måter å utføre en slik studie på og flere ulike metoder for datainnsamling som for eksempel spørreskjema som er brukt tidligere som evalueringsgrunnlag av brukeres erfaring av musikkterapi som en del av et oppfølgingstilbud (Bjotveit, Wormdahl & Tuastad, 2016; Dale, 2014). Ordlyden i spørreskjemaene kan være “i hvilken grad...” eller “hvor ofte/mange...” og kan inneholde viktig informasjon om den generelle opplevelsen brukerne sitter med i ettertid. Det kan være praktisk for å kvantisere funnene, men risikerer at tema som kan være viktig for medlemmene ikke kommer frem gjennom spørsmålene som stilles. Ettersom jeg går inn for å forstå et fenomen i større grad enn å forklare og kartlegge det (Brinkmann & Tanggaard, 2012), heller jeg mot en erkjennelsestradisjon. Motivet for valg av kvalitativ forskningsmetode er nettopp muligheten

for å få innblikk i medlemmenes virkelighet og deres opplevelser av musikkterapi.

Spørsmålene i samtalen kan formuleres på en måte som åpner for å gi utfyllende informasjon, som for eksempel “hva tenker du om...” og “hvordan opplever du...”, hvor målet, som nevnt tidligere, er å forstå et fenomen fremfor å forklare det.

2.2 Metode for generering og dokumentering av kunnskap

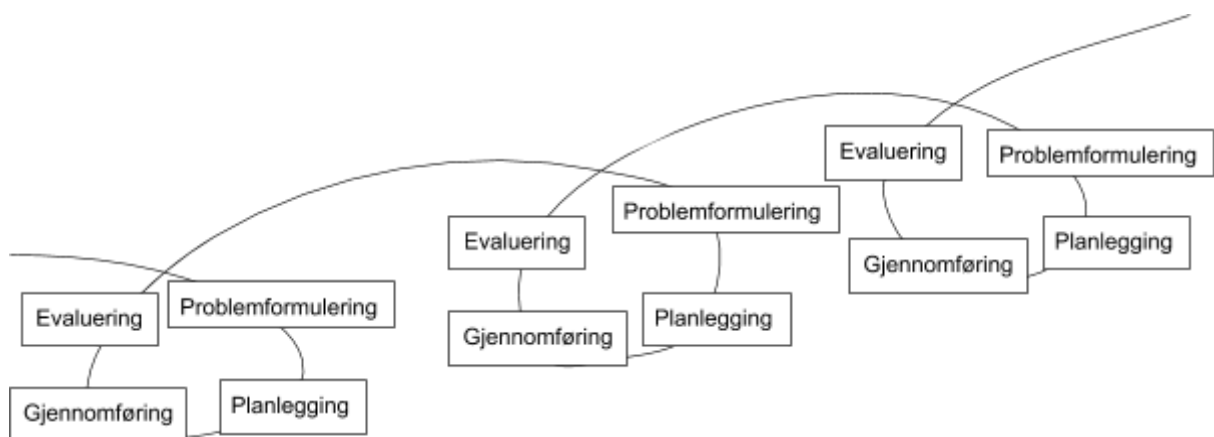
Jeg skal nå gjøre rede for det teoretiske rammeverket for aksjonsforskning og en beskrivelse av det gjennomførte aksjonsforskningsprosjektet. Videre skal jeg redegjøre for valgte metoder for generering av kunnskap.

Aksjonsforskning

Det er ingen korte svar for hva aksjonsforskning er, men i et forsøk på en definisjon beskrives det som en deltakende, demokratisk prosess som søker å føre sammen handling og refleksjon, teori og praksis i samarbeid med andre for å finne praktiske løsninger (Reason & Bradbury, 2006, s. 1). Aksjonsforskning kan bli sett på som en strategi der vi arbeider for endring samtidig som vi vil bruke prosessen til å lære og utvikle ny kunnskap (Malterud, 2011; Reason og Bradbury, 2006; Stige og Aarø, 2012; Stige & McFerran, 2016). Uttrykket aksjonsforskning kan deles opp i *aksjon* og *forskning*. Aksjon viser til handlingsaspektet som innebærer at en arbeider for å få til en endring, hvorav forskning handler om kunnskapsutvikling basert på endringsarbeidet. Aksjonsforskning har i hovedsak to formål: Den ene er å forbedre den praksisen en forsker på og det andre er at forskningen skal være nyttig for deltakerne mens den pågår. Selv om aksjonsforskning ikke kan beskrives som en metode, men heller som en strategi for samfunnsforskning (Stige & Aarø, 2012; Stige & McFerran, 2016), går det innenfor kvalitativ forskningstradisjon ettersom deltakernes aktive involvering bygger på samarbeid, gjensidig læring og felles kompetanseutvikling. Videre legges det vekt på at individuelle opplevelser og erfaringer er en sentral del av forskningsprosessen. En vektlegger den praktiske kunnskapen som bygger opp nye måter å være og gjøre ting på. Et viktig etisk aspekt med metoden er å bevare personlig integritet ved at endringen må skje i tråd med at alle deltakerne som er involvert i prosessen ønsker å delta i endringsprosessen som forskningen legger opp til. Samtidig har forskning på potensielt utsatte grupper et ansvar for å være spesielt varsom, spesielt der personene man forsker på

ikke har mulighet til å forstå fullt ut hva forskningen går ut på. Det går jeg mer inn på når jeg reflekterer rundt de etiske aspektene i oppgaven.

Aksjonsforskning oppstod som en human- og samfunnsvitenskapelig forskningspraksis i USA og Storbritannia etter 2. Verdenskrig (Brinkmann & Tanggaard, 2012). En sentral person var Kurt Lewin, hvor aksjonsforskning var en motreaksjon til hans oppfatning av den dominerende forskningen som abstrakt og distansert “akademisk” i en negativ forstand av begrepet (Brinkmann & Tanggaard, 2012, s. 100). Han ville fremme en “handlingsforskning”, hvor målet var at forskerne, i tett kontakt med “praktikerne” innenfor et bestemt felt, gjennom analyser og eksperimenter i feltet selv skulle bidra til å løse de sosiale problemene som var i deres forskningsfelt. Et hovedformål av aksjonsforskning er å produsere praktisk kunnskap som er nyttig for folk i hverdagen (Reason & Bradbury, 2006, s. 2) og sette fokus på forskning *med*, fremfor *på* deltakere. Deltakere blir i mange tilfeller medforskere hvor det tradisjonelt konstruerte skillet mellom forsker og forskningssubjekt blir *bypassed* (Reason & Bradbury, 2006, s. xxv). At forskere og brukere er likestilte i forskning fremmer tanken om at alle sitter med viktig kunnskap som kan bidra til å endre praksis.



Figur 2. Aksjonsforskningsspiral. Den illustrerer faser som brukes i aksjonsforskning. Med utgangspunkt i kontekst og formål utvikles det praktisk kunnskap som bidrar til å formulere forskningsspørsmålet. Inspirert fra beskrivelse av Heron & Reason (2006).

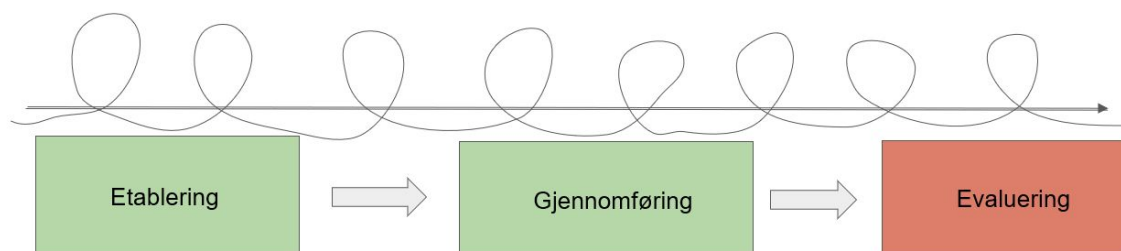
Som figur 2 viser, kan aksjonsforskning illustreres gjennom et fremadgående, spiralt design som utvikler seg i løpet av et forskningsprosjekt. Figuren bruker fire faser i en spiralform som

innebærer problemformulering, planlegging, gjennomføring og evaluering før spiralen utvikler seg videre hvor den nye kunnskapen av den forrige sirkelen blir grunnlag for den nye problemformuleringen.

Da jeg bestemte meg for å utforske musikkterapi innenfor psykisk helsefeltet var det naturlig for meg å velge en metodikk hvor blant annet brukermedvirkning og likestilling i relasjon står sentralt. Jeg vil i denne oppgaven posisjonere meg innen deltakende aksjonsforskning (Participatory action research) som er en underkategori av paraplybegrepet aksjonsforskning (Reason & Bradbury, 2006; Stige & McFerran, 2016). Forfatterne omtaler participatory action research som en forskningsmetode hvor forskeren og deltakerne er likeverdige i forskningen og utforsker et felt sammen. Det er gjerne deltakerne, eller som Park ordlegger seg “The non-experts” (Park, 2006, s. 83), sin involvering i forskningen som utgjør den “deltakende” dimensjonen til aksjonsforskning. Ettersom deltakerne og jeg sammen utforsker det bestemte feltet, anser jeg det som relevant å gjøre denne distinksjonen. Med hensyn til flyt i språket bruker jeg kun “aksjonsforskning” videre i oppgaven.

Gjennomføring av aksjonsforskning i praksis

Det er mange måter å gjennomføre et slikt prosjekt. Det har utviklet seg gjennom mye prøving og feiling, og diskusjoner med veileder og medstudenter i rundt et år før prosjektstart. Det har vært en verdifull prosess preget av mange spennende ideer, pragmatiske tilpasninger og praktiske samt etiske hensyn. Forskningsspørsmålet har utviklet seg gjennom hele prosjektet, og har blitt påvirket av aktivitetene og diskusjonene vi har hatt i gruppen. Jeg har valgt å følge en tredelt modell som bygger på figur 2.



Figur 3: Figuren skal illustrere prosjektets faser. De tre hovedelementene som brukes er *etablering*, *gjennomføring* og *evaluering*. Disse elementene inngår i hver enkelt spiral hvor den neste spiralen bygger på kunnskapen fra den forrige.

Hovedelementene kan fungere på ulike nivåer, både på mikro- og makronivå. Et eksempel på en slik prosess kan være:

1. Etableringsfasen
 - a. Mikro: Vi finner på en musikalsk idé
 - b. Makro: Vi etablerer et mål vi vil arbeide mot
2. Gjennomføringsfasen
 - a. Mikro: Vi prøver ut den musikalske idéen i gruppen
 - b. Makro: Vi arbeider mot det etablerte målet
3. Evalueringsfasen
 - a. Mikro: Vi evaluerer den musikalske idéen
 - b. Makro: Vi evaluerer arbeidet mot målet (gjennom en evaluerende samtale)

Gruppen kan gå igjennom mange mikroprosesser i løpet av én bandøving, mens makroprosessen handler om å se det helhetlige bildet av prosjektet fra start til slutt.

Fra prosjektstart til prosjektslutt gikk vi gjennom mange aksjoner som illustrert i figur 4.



Figur 4: En tidslinje som illustrerer noen overordnede aksjoner gjennom prosjektets varighet på rundt 6 måneder.

Jeg opplevde at alle i gruppen hadde en rolle som medforskere hvor det var deres opplevelser som stod i fokus. I de uformelle samtalene før øving, i en pause eller etter øving kom det frem i små grupper ulike tanker om prosessen og mulige delmål. Disse ideene luftet vi senere for hele gruppen. Et eksempel er at det under en kaffepause kom frem at det var en mulighet for å spille på en lokal scene om en måneds tid, og om vi kunne tenkt oss å bidra med noe. Denne ideen ble luftet i plenum og vi ble enige om at vi ønsker å spille der. Et annet

eksempel var da jeg under oppstart av prosjektet spurte hva vi kunne tenkt oss å gjøre, og det kom frem at det hadde vært gøy å bruke studioet på huset. En av grunnene var at et av medlemmene hadde negative opplevelser fra studioet fra tidligere og hadde et ønske om å gjøre noe med dette. Vi ble enige om å planlegge godt for å gjøre det til en god opplevelse. Under en kaffepause kom vi frem til at vi blant annet måtte ta oss god tid, ha en workshop for å forstå hvordan studioet var satt opp, og ha workshop i mikseprosessen. Gjennom slike prosesser hadde alle i gruppen en rolle som medforskere og bidro i en demokratisk prosess til å utforme prosjektet videre. Det er imidlertid jeg som har sittet med ansvaret for å analysere og diskutere kunnskapen fra den evaluerende samtalen på slutten av prosjektet, så i denne fasen har jeg hatt en mer tydelig forskerrolle enn resten av gruppen.

Deltakende observasjon

Deltakende observasjon er en datainnsamlingsmetode der menneskelig atferd blir undersøkt (Malterud, 2011). Metoden innebærer at forskeren oppholder seg i en viss tidsperiode i et bestemt forskningsfelt og bygger på læring av erfaringer sammen med de en studerer.

Deltakende observasjon handler om å gjøre to handlinger samtidig. I første omgang involverer du deg i samhandling med andre, mens i andre omgang skal du følge med på hva som skjer, med ytterpunktene som strekker seg fra å bare observere til bare å delta. Det handler om å finne en balanse mellom de to. Tuastad (2014) bruker en situasjon fra filmen *Salmer fra kjøkkenet* for å beskrive en objektiv og nøytral forsker som underidentifiserer seg med gruppa han forsker på. Han risikerer da å ikke få tilstrekkelig innsikt og forståelse av de studerte aktørene. Motsetningen vil være å overidentifisere seg med en gruppe, som fører med seg faren om å få blinde flekker hvor en ikke får med seg hva som skjer.

Graden av involvering, *insider* balansert med *outsider* perspektiv (Tuastad (2014) (Forståelse fra innsiden og ut, og fra utsiden og inn) og aktiv deltakelse har vært sentralt i møte med de ulike deltakerne i oppfølgingstilbudet. Jeg har tilbrakt tid som musikkterapistudent der, men aldri benyttet meg av tilbudet selv. Jeg sitter da med kunnskap som musikkterapistudent som jobber med deltakere i et oppfølgingstilbud. På en side vil det være umulig for meg å vite hvordan det er å være dem. På den andre siden sitter jeg samtidig med kunnskap i rollen som musiker sammen med andre musikere i en relasjon som er preget av samarbeid og likeverd. Denne nærheten til feltet har store fordeler knyttet til muligheten en har til å tilegne seg

kunnskapen som finnes i feltet. Samtidig kan du møte utfordringer når du er for tett innpå feltet som kan føre til at du går glipp av ting som faktisk skjer og har vanskeligheter med å se andre synspunkter og løsninger. Du trenger både innsyn og utsyn, som viktiggjør balansegangen mellom nærhet og avstand til feltet.

Feltnotat

Feltnotat, eller loggføring, er notater forskeren skriver i løpet av forskningsprosessen som “samler beskrivelser, kommentarer og blandinger av disse” (Malterud, 2011, s. 69). Det kan være til stor hjelp for å gjennomarbeide erfaringer man gjør seg underveis, i tillegg til å være et nyttig supplement i analysen. Mange av de gode samtalene og ærlige meningene kom frem i røykepausene, under kaffedrikkingen og i gangene, som kanskje ikke dukker opp i en intervjusituasjon. Det å være tilstede i disse omstendighetene og loggføre det kan bidra til å gi et mer helhetlig bilde av kunnskapen fra for eksempel et intervju.

Fokusgruppeintervju

I denne studien vil jeg benytte meg av det litteraturen omtaler som fokusgruppeintervju (Brinkmann & Tanggaard, 2012; Malterud, 2011). Denne intervjuformen har som mål å innhente kvalitative data fra gruppesamtaler og er spesielt godt egnet om vi ønsker å lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud, 2011, s. 133). Jeg velger fokusgruppeintervju ettersom det tilbyr et utforskende samarbeid mellom deltakerne rundt tema vi snakker om. Ettersom jeg ønsker å vektlegge felles erfaringsgrunnlag for samtalen og forebygge spenninger internt i gruppen, kan det være viktig å gjøre gruppen så homogen som mulig (Malterud, 2011). Det er også viktig å informere deltakerne om samtaleformålet og at hensikten med intervjuet skal være en situasjon for å utveksle erfaringer og utvikling av kunnskap fremfor å være gruppeterapi. Malterud (2011) sin beskrivelse av intervjumetoden kan tett knyttes til mitt mål med intervjuet i studien, ettersom jeg er ute etter å utforske deltakernes perspektiver og erfaringer rundt et musikkterapeutisk oppfølgingstilbud. Et åpent sinn og en bevisst “naivitet” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44) fra forskerens side kan være en fruktbar innstilling som tillater informanten å uttrykke seg med sine egne ord. Et åpent sinn, ikke et tomt hode, med hensyn til hva hermeneutikken forklarer, møter vi verden på bakgrunn av en forforståelse (Johansson,

2017). Brinkmann & Tanggaard (2012) legger det frem som at de beste intervjuerne er de som har omfattende kunnskap om emnet de intervjuer om, ettersom de kan stille de beste og mest relevante spørsmålene (s. 28). I denne konteksten sitter alle med kunnskap om sine opplevelser om prosjektet, så vi er alle godt rustet til å føre samtalen hvor vi deler erfaringene våre.

Fokusgruppeintervju som evaluerende samtale

Når jeg snakket med en av deltakerne om å gjennomføre en samtale i form av et intervju hvor vi snakker om våre opplevelser rundt prosjektet, var førsteinntrykket at en intervjusituasjon vil oppleves som kunstig, ukomfortabelt og stressende. Det oppleves også som unaturlig for meg om jeg tar steget ut av gruppen og tar en rolle som intervjuleder som stiller dem spørsmål om hva de tenker om prosjektet når vi har opparbeidet et likeverdighet ethos i gruppen. Jeg delte ut en intervjuguide³ til alle deltakerne slik at alle visste hva vi skal snakke om. På denne måten ble samtalen mer naturlig uten at jeg legger for mange føringer for samtalen. Samtalen gikk lett og jeg opplevde det som en vanlig samtale på lik linje med de vi hadde hatt underveis i prosessen, med unntak av noen føringer for samtalen gjennom intervjuguiden. Medlemmene fortalte også avslutningsvis at de ikke opplevde det som en intervjusituasjon, men heller en uformell samtale.

I aksjonsforskning har alle i gruppen en rolle som informant, som fremmer ideen om en samtalebasert intervjusituasjon hvor alle kan svare og stille spørsmål. Jeg foretrekker å benytte meg av begrepet *samtale* fremfor *intervju*, på bakgrunn av at deltakerne har et negativt forhold til intervjusituasjoner hvor de skal åpne seg opp foran en båndopptaker. En samtale-setting i trygge omgivelser hvor alle har muligheten til å stille spørsmål og svare som de ønsker opplevde de som mer gjennomførbart. En forutsetning for en god samtale stiller krav til at deltakerne er engasjert i prosjektet og har interesse i å forbedre tilbudet og bidra i kunnskapsgenereringen om feltet, noe jeg opplevde at alle hadde. For å unngå å utsette deltakerne for unødvendig stress og for å bevare stedets funksjon som et pusterom i hverdagen, gjennomførte jeg kun én samtale. I en annen kontekst vil kanskje flere samtaler og mer langvarige prosjekter bidra til en bredere forståelse av deltakernes opplevelse av musikkoppfølgingstilbud.

³ Se vedlegg 1.

Deltakere i studien

I studien har jeg inkludert 1 band med aldersgjennomsnitt på 30 år. Gruppen består av 3 menn og 2 kvinner hvorav én er musikkterapeut, én er musikkterapistudent og de tre siste er medlemmer av musikkoppfølgingstilbudet. Av etiske hensyn velger jeg å ikke skildre utvalget mer enn nødvendig.

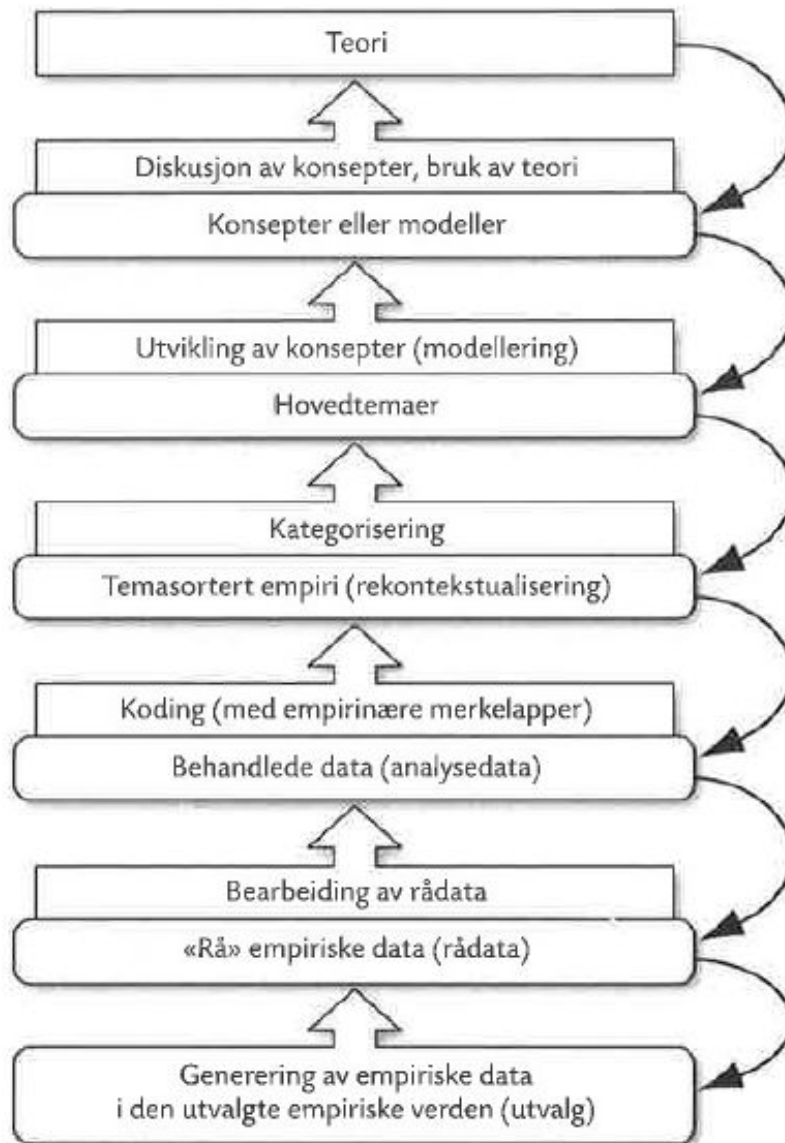
Etterarbeid

I etterkant av intervjuene transkriberte jeg lydopptakene og renskrev loggen. Dette ble gjort på UiB sine krypterte databaser SAFE (Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur), som er i henhold til NSD sine nye føringer for databehandling av helseopplysninger og sensitiv informasjon i forskning.

2.3 Analyse

Den kvalitative analysen kan ha som mål å muliggjøre økt kunnskap for en leser av forskningen uten å selv måtte gå gjennom dataene som forskningen tar utgangspunkt i. Jeg vil i dette delkapitlet gå inn på hvordan jeg skal gå frem for å forstå det innsamlede kunnskapsmaterialet.

I analysen av den genererte kunnskapen benyttet jeg meg av stegvis-deduktiv induktiv metode SDI (Tjora, 2017, s. 18) som er en strategi for å bearbeide data mot teori.



Figur 5: Stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) (Tjora, 2017, s. 19).

Som figuren viser kan vi oppfatte den oppadgående prosessen som induktiv hvor vi bearbeider dataene trinnvis fra data mot teori, mens nedadgående kan vi tenke deduktivt fra teori til empiri. Selv om figuren kan gi inntrykk av at forskningsprosessen er lineær er den som oftest ikke det, fordi man i praksis vil kunne være på flere av stadiene samtidig (Tjora, 2017, s. 20). Ved å bruke en induktiv tilnærming kan jeg ta utgangspunkt i kunnskap som blir til sammen med deltakerne og utvikle hovedtema og konsepter for hva de legger frem som sentrale i deres opplevelse av tilbudet. Denne tilnærmingen kan stå i kontrast til at forskningen er politisk eller ideologisk styrt, eller at man vil bevise en eksisterende teori eller hypotese. Ut fra konseptene som blir til vil jeg kunne diskutere det mot utvalgt teori innenfor

recovery og samfunnsmusikkterapi. Sammen med en induktiv innfallsvinkel vil jeg også benytte en abduktiv tilnærming hvor jeg anerkjenner betydningen av eksisterende teori og perspektiver før og underveis i forskningsprosessen.

Gjennomgang av analysen

Med utgangspunkt i figur 5 (Tjora, 2017) starter prosessen med punkt 1 som er utvalget og generering av kunnskapen, som i denne konteksten er samtale med lydopptak og feltnotater. Kunnskapen blir også generert gjennom aksjonsforskningsprosjektet hvor vi jobber sammen med å utforske praksis. Videre omhandler punkt 2 bearbeiding av kunnskapen, som i denne konteksten er transkribering av intervju og renskriving av feltnotater. Punkt 3 vil være å kode empirien, med særlig vekt på en induktiv empirinær koding, hvor kodingen tar utgangspunkt i ordvalg fra intervjuet fremfor å skape egne kategorier basert på egne forventninger og tanker. I punkt 4 kategoriseres kodegruppene for å utforme hovedtemaer som grunnlag for diskusjonen. Punkt 5 blir diskusjonsdelen i denne oppgaven. Her forsøker jeg å ta hovedtemaene fra den dokumenterte kunnskapen og sette dem opp mot utvalgt teori og litteratur. Punkt 6 består av en konklusjon basert på innholdet i diskusjonen.

2.4 Etisk grunnlag for prosjektet

I dette prosjektet anser jeg det som nødvendig å være vår på ulike etiske utfordringer som kan medfølge når sårbare grupper og individer deltar i forskning. Jeg vil ta utgangspunkt i de forskningsetiske retningslinjene for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (NESH, 2016) og de yrkesetiske retningslinjene for musikkterapeuter (MFO, 2017).

Jeg legger stor vekt på at forskningen skal verne om personlig integritet, beskytte mot skade og urimelige belastninger, samt fremme selvbestemmelse og ikke minst likeverd i henhold til de yrkesetiske retningslinjene for musikkterapeuter (MFO, 2017). Jeg arbeider ut fra en grunnleggende respekt for menneskeverdet hvor jeg må påse at deltakerne er komfortable med å delta og har muligheten til å trekke seg uten konsekvenser (NESH, 2016, s. 12). Som prosjektleder har jeg ansvar for å hente inn et informert samtykke som innebærer at deltakerne har fått tilstrekkelig informasjon om prosjektets formål, metode, risiko, mulig ubehag og andre konsekvenser som kan ha betydning for deltakerne (NESH, 2016, s. 15-16).

Informasjonen jeg skal behandle gjennom prosjektet skal være anonymisert og behandles konfidensielt og fortrolig (NESH, 2016, s. 16).

Høsten 2019 opprettet jeg et meldeskjema for behandling av personopplysninger i forskning på NSD sine hjemmesider og fikk godkjenning til gjennomføring av prosjektet. I meldeskjema måtte jeg formulere et samtykkeskjema til deltakerne i studien. Skjemaets formål er å informere deltakerne om prosjektet og hva det vil innebære dersom de velger å delta. Dette samtykkeskjema ble sendt til gjennomlesing av musikkterapeut og praksisansvarlig for å få kommentarer på innhold og at det skulle vært skrevet på en forståelig måte.

2.5 Kvalitetssikring i forskningen

Validitet

Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet (Malterud 2011, s. 181). Spørsmål rundt kontekst, sammenheng og refleksivitet bidrar til utvikle våre egne motforestillinger, se alternative muligheter og tolkninger. Målet med forskning handler om å fylle kunnskapshull og generere kunnskap på et område som andre kan dra lærdom fra. Et viktig aspekt rundt denne oppgaven er at den utforsker et lite område med utvalgte metoder som også har sine begrensninger. Kunnskapen som blir generert er ofte kontekstavhengig og vil kunne variere fra sted til sted og fra person til person. Ved å være kritisk og reflektert rundt metodevalg, kunnskapssyn og funn kan det være mulig å repetere studien i en annen kontekst.

I et forsøk på å håndtere og bygge troverdighet og validitet i kunnskapen, benytter jeg meg av flere måter for å dokumentere kunnskapen underveis i prosjektet. Dette er kjent som triangulering (Malterud, 2011). Ved bruk av flere metoder for å dokumentere kunnskapen som blir samskapt i prosjektet, er målet å oppnå større forståelse rundt medlemmenes opplevelse av musikkoppfølgingstilbudet.

Deltakersjekk

I denne oppgaven er formålet å utforske deltakernes opplevelser. For å kunne hevde at kunnskapen som genereres er troverdig og riktig, er det nødvendig å skape et bindeledd mellom deres opplevelser og min tolkning. Ettersom enhver utveksling av kunnskap innebærer muligheter for misforståelser, er validering underveis en viktig faktor for å sikre det gyldige bindeleddet (Malterud, 2011). I denne oppgaven velger jeg å presentere tematiseringene fra evalueringssamtalen til gruppen og hører hva de tenker. På denne måten kan jeg sikre at informasjonen er representativt for gruppens opplevelser.

Kvalitetssikring

En sentral del av kvalitativ forskning, og forskning generelt, er å holde et visst kvalitetsnivå gjennom forskningsprosessen (Alvesson & Sköldbberg, 2009). Alvesson og Sköldbberg legger frem fire elementer som skal bidra til å kvalitetssikre reflekterende forskning (2009, s. 11):

1. Empirien skal samles inn på en god måte der systematikk, teknikk og grundighet står i fokus.
2. Klargjøring av tolkningens mål, hvor blant annet hermeneutikk kan være en sentral refleksjonsform. Her kan forskning sees som en tolkende aktivitet som gjennomføres av en eller flere fortolkere
3. Bevissthet rundt forskningens politiske og ideologiske aspekter. Datamaterialet blir satt inn i ulike kontekster og fortolket ut ifra det. Et eksempel som kan være viktig å være bevisst på, kan være en politisk og sosial dimensjon ved å være en del av et oppfølgingstilbud innenfor psykisk helsearbeid. Deltakerne kan oppleve at de blir sett på som syke eller har mangel på selvstendighet, hvor de også risikerer å bli utsatt for stigmatisering.
4. Refleksjon i forhold til representasjons- og autoritetsproblemet. Med andre ord bevisst bruk av eget språk, kritikk av det språket, samt egen rolle som forsker.

EPIASURE

Stige, Malterud & Midtgarden (2009) føyer til 3 nye elementer i en sjekklister for diskusjon av kvalitet på kvalitativ forskning, nå med navnet EPIASURE. Jeg vil benytte meg av denne sjekklister som en mal for å kvalitetssikre forskningsprosessen, og går nå gjennom listen punkt for punkt:

E: empirical basis - Systematikk, teknikk og grundighet

Den empiriske kunnskapen har blitt generert og systematisert gjennom intervju, deltakende observasjon i et aksjonsforskningsprosjekt og logg. Den systematiserte kunnskapen fra logg og deltakende observasjon er usystematisk ettersom den er samlet inn over en lengre tidsperiode og sporadiske refleksjoner er skrevet ned etter møtene med deltakerne.

Intervjuene, eller samtalene som jeg vil kalle dem, tar utgangspunkt i en intervjuguide hvor spørsmål og tema har vært nøye gjennomtenkt basert på erfaringer og samtaler fra feltet. Jeg delte ut intervjuguiden slik at alle fikk mulighet til å stille spørsmål og svare som de ville.

P: Processing - Bearbeidelse, analyse tolkning og refleksjon

Den genererte kunnskapen blir bearbeidet gjennom en kontinuerlig refleksiv prosess. En gjennomgående faktor i prosessen har vært å reflektere hermeneutisk rundt prosjektet hvor jeg stadig ser tilbake til empirien for å forstå den opprinnelige meningen i diskusjonen.

I: Interpretation - Materialet blir satt i ulike kontekster og fortolket ut i fra det

Den genererte kunnskapen blir bearbeidet og kategorisert inn i hovedtemaer som skal diskuteres ut fra utvalgt teori og litteratur.

C: Critique - Kritikk av eget språk og egen rolle som forsker

Min rolle og hvordan jeg bruker språket på er viktig i arbeidet med målgruppen. Det er viktig for meg å vise tydelig at jeg er en støttespiller og musiker på lik linje med de andre deltakerne. En av grunnene til dette er at terapeutrollen kan virke distanserende i relasjonen. Den kan inneha en uønsket autoritær rolle som kan motvirke det ønskelige likeverdige forholdet. Samtidig vet deltakerne at jeg er musikkterapistudent og skal lede forskningsprosjektet, i tillegg til at det er regler vi må forholde oss til. Jeg tar noen

språkmessig valg i denne oppgaven hvor jeg benytter meg av begreper som gruppen mener er mer beskrivende for målgruppen, tilbudet og miljøet rundt det.

U: Useful - Kan den brukes til noe i samfunnet? Er den nyttig for myndighetene, befolkningen, eller fagfeltet det forskes på?

Musikkterapi innenfor psykisk helsearbeid og oppfølging er et relativt nytt fagfelt, og det er gjort lite forskning innenfor denne målgruppen. Per i dag er musikkterapi generelt hovedsakelig utbredt i de store norske byene og mindre i distriktene (Halås, 2019). Videre forskning i musikkterapi kan bidra til å styrke incentivet til å utvide forståelsen for hva musikkterapi kan tilby innenfor ulike felt og integreres som en del av blant annet psykisk helsetjenester i byene og i distriktene.

R: Relevans - Hvordan kan forskningen bidra til fagets utvikling?

Musikkterapi innen psykisk helsearbeid blir mer og mer anerkjent (Stige, Schmid, Solli & Trondalen, 2019) og forskning på musikkterapi innen kommunale tjenester og oppfølging av personer med psykiske utfordringer har økt de siste årene. Forskning på dette feltet bidrar til å utvikle kunnskap rundt hvordan slike tilbud kan utformes, hva som bør vektlegges og hvordan det kan driftes. Ettersom det er et relativt nytt forskningsfelt kan det være viktig med mange innfallsvinkler for å utforske ulike måter å etablere og gjennomføre slike tilbud. Det kan være at musikkterapiutdanningen utvikler seg basert på erfaringene fra et nytt praksisfelt og vurderer om opplæringen studiet tilbyr gjør musikkterapeuter rustet til å møte de utfordringene de møter i jobben.

E: Ethical - Er forskningen gjennomført på en etisk og forsvarlig måte?

I denne studien har det vært svært viktig å anonymisere ettersom det finnes få slike musikkoppfølgingstilbud i Norge, og det er et fåtall som har muligheten til å ta i bruk tilbudet. Dette øker risikoen for at både stedet og personene kan bli gjenkjent om noen spesifikke detaljer kommer frem. Det har vært viktig å legge til rette for å kunne ta ting i eget tempo uten noe krav til å prestere.

3 Teori

I dette kapitlet skal jeg gjøre rede for det teoretiske grunnlaget for studien. For å belyse kunnskapen gruppen har generert gjennom prosjektet, vil jeg benytte meg av teori innen recovery og samfunnsmusikkterapi. Jeg skal først presentere recovery som beskrevet av Anthony (1993), Slade (2009) og kunnskapssammenstillingen til NAPHA (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Jeg vil også trekke inn recoveryperspektivet i musikkterapiforskning hvor blant annet Solli og Rolvsjord er nøkkelpersoner (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018; Solli, 2014; Solli & Rolvsjord, 2014; Solli, Rolvsjord & Borg, 2013). Deretter går jeg inn på samfunnsmusikkterapi beskrevet av Stige og Aarø (2012) hvor jeg tar utgangspunkt i PREPARE-akronymet (Stige & Aarø, 2012, s. 5) i min forståelse av samfunnsmusikkterapi.

3.1 Recovery

Psykiatrien på tidlig 1900-tallet hentet inspirasjon fra botanikken for å systematisere kategorier for psykiske lidelser (Solli, 2012). Diagnosene tok i stor grad utgangspunkt i en klassifisering av nøyaktige kliniske beskrivelser hvor de skilte mellom likheter og ulikheter. Diagnostiseringen handlet i mindre grad om pasientens eget problem, men heller hva pasienten hadde til felles med andre pasienter (Solli, 2012). Recovery vokste frem på 80-90 tallet etter flere år med nedbygging av de større psykiatriske institusjonene. Dette foregikk parallelt med det økende fokuset på kommunal oppfølging i nærmiljøet og inkludering av flere faggrupper i helsetjenestene (Anthony, 1993; Solli, 2012, s. 27). Retningen utviklet seg også gjennom en reaksjon på et psykisk helsevern som bar preg av å være ekspertstyrt, hvorav pasientene hadde lite innvirkning på eget behandlingsforløp. Samtidig innebar det et paradigmeskifte fra patologi til en mer salutogen og holistisk tilnærming som inkluderte mennesket i en sosial og kulturell kontekst (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013).

I Norge har et nytt syn på psykiske lidelser utviklet seg stort (Solli, 2012). Dette kommer til uttrykk gjennom blant annet etablering av tilbud i lokalsamfunnet og et krav om at innholdet i behandlingstilbud skal bestå av mer enn bare en medisinsk forståelse av psykisk helse. De nye helsetjenestene skal også inkludere flere faggrupper, behandlingsformer, forståelsesformer og tilnærminger (Solli, 2012, s. 27). Helsedirektoratets retningslinjer for

lokalt helse- og rusarbeid for voksne “Sammen om mestring” (Helsedirektoratet, 2014, s. 31) legger særlig vekt på recovery. I denne retningslinjen blir recovery beskrevet som et faglig perspektiv hvor bedring er både en sosial og en personlig prosess som skal tilrettelegge for et meningsfullt liv på tross av ulike begrensninger psykiske lidelser kan gi. Verdens helseorganisasjon (WHO) gir også klart uttrykk for at orientering mot personlig recovery bør settes ut i praksis (WHO, 2005). Etter å ha gått igjennom flere nyere studier av personlig recovery ble det publisert en rapport i 2005 som konkluderer med følgende:

These studies suggest the value of developing more comprehensive clinical approaches that focus on a person’s positive health, strengths, capabilities and efforts towards recovery. This approach would prove valuable across the spectrum of prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation. Implication for health professionals are significant. They include the need for an approach that considers and promotes recovery (hopefulness) and a willingness to collaborate with consumers in developing tools that promote functioning and meaning. (WHO, 2005, s. 137)

Det er flere oppfatninger av hva recovery innebærer, som inkluderer blant annet en tilnærming, et erfaringsbasert kunnskapsfelt, en filosofi, et paradigme eller en myte (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Jeg vil i denne oppgaven ta utgangspunkt i Anthony sin beskrivelse:

Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltakende, og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv. (Anthony, 1993, s. 15. Oversettelse hentet fra NAPHA, 2018)

Anthony (1993) beskriver recovery som en personlig bedringsprosess som innebærer mer enn å være symptomfri. Han legger vekt på å leve et liv som er tilfredsstillende og meningsfylt, selv med begrensningene som lidelsene er årsaken til. For at personen skal oppleve recovery må han dyrke en identitet som innebærer mer enn bare sykdommen. I denne prosessen handler det om å utvikle seg selv gjennom å dyrke egne ressurser og sosiale fellesskap. På lik linje som tittelen tilsier i Solli’s artikkel “Med pasienten i førersetet” (2012) skriver Anthony

(1993) at recovery handler om hva personen med diagnosen gjør selv. Selv om det finnes et hjelpeapparat som tilbyr behandling og ulike rehabiliteringsprogrammer for å fremme recovery, ligger likevel ansvaret for recoveryprosessen i hendene til personen det gjelder. Hjelpeapparatet kan tilby en rekke dører, men hovedpersonen er nødt til å gå gjennom den valgte døren selv. I en recoveryprosess må personer med ulike psykiske lidelser gjennom en rekke utfordringer, som for eksempel å håndtere stigma knyttet til blant annet arbeidsløshet som følge av livsutfordringene lidelsene forårsaker (Anthony, 1993, s. 15). En person som opplever en vellykket recovery har større fokus på meningsfulle interesser og aktiviteter hvor utfordringene knyttet til diagnosen går fra å være dominerende i tankene til å havne mer i bakgrunnen (Anthony, 1993).

Som nevnt tidligere handler recovery om egen innsats, ofte med hjelp fra andre. Det er her viktig å påpeke i en slik forståelse av recovery, at en person ikke kan “bedres” gjennom intervensjon utenfra, som er en av flere punkter hvor *personlig* og *sosial* recovery skiller seg fra *klinisk* recovery. Gjennom en intervensjon utenfra vil denne personen kunne sitte med uhensiktsmessig stor autoritet, makt og kontroll over personen som er hovedpersonen i recoveryprosessen (Solli, 2012). Recovery som en personlig prosess, recovery som en sosial prosess og recovery som et resultat (eller klinisk recovery) blir presentert i NAPHA sin systematiske kunnskapssammenstilling (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Sentrale elementer innen personlig recovery som forfatterne trekker frem innebærer blant annet oppbygging av positiv identitet, mening, egenkontroll og fremtidshåp (s. 11-12). Innen sosial recovery fremheves håndtering av sosiale aspekter ved psykisk sykdom, som blant annet inkluderende lokalmiljø og styrking av sosial identitet, samt fravær av diskriminering og stigma (s. 14). Klinisk recovery innebærer et resultatorientert fokus, utviklet av behandlings- og rehabiliteringsmiljøer, som vektlegger objektive resultatmål og behandlingseffekt med fokus på å bli “frisk” eller observerbar symptomfri (s. 16).

Innenfor personlig recovery viser Slade til fire faktorer (2009, s. 368). Den første faktoren er å utvikle en positiv identitet utenom det å være en person med psykisk lidelse. Det innebærer å etablere forhold for å oppleve livet som en person, ikke en sykdom. Neste faktor handler om å utvikle en personlig tilfredsstillende mening rundt det å ha en psykisk lidelse hvor en forståelse av situasjonen kan bidra til å fremme ideen om at sykdommen kun som en del av,

og ikke hele personen. Den tredje faktoren innebærer å ta personlig ansvar når det gjelder å oppsøke hjelp og støtte fra andre når det trengs, samt ta ansvar for egen velvære. Den siste faktoren som trekkes frem er sosial tilhørighet, nettverk og deltakelse gjennom tidligere sosiale roller og etablering av nye sosiale roller.

Recovery og musikkterapi

Recovery har foreløpig ikke en stor plass i musikkterapilitteraturen, men har tatt seg opp de siste ti årene. Recovery som teoretisk perspektiv og musikkterapeutisk teorigrunnlag deler mange like forståelser av hva helse, sykdom og behandling kan være. Eksempler kan være empowerment og ressursorientering (Rolvsvjord, 2004; 2010), well-being (Ansdell, 2014), humanistisk menneskesyn (Ruud, 2008; 2010) og fokus på samfunnsorientering (Ansdell, 2002; Ansdell & Pavlicevic, 2004; Stige, 2002; 2003; 2008; Stige & Aarø, 2012). En sentral musikkterapeut innenfor recoveryperspektivet er Hans Petter Solli. Han har flere publiseringer om musikkterapi som behandling i psykisk helsevern (Solli, 2008; 2009; 2012; Solli & Rolvsjord, 2008; Solli, Rolvsjord & Borg, 2013) og disputerte med sin doktoravhandling “The groove of recovery” (Solli, 2014) med sine 3 artikler (Solli, 2015; Solli & Rolvsjord, 2014; Solli, Rolvsjord & Borg, 2013). Her utforsker han hvordan mennesker med psykose opplever musikkterapi og konkluderer med at musikkterapi har mange måter å fremme recoveryprosesser for mennesker med psykiske lidelser. Basert på resultatene fra sin studie retter han særlig fokus på at musikkterapi kan styrke eller støtte positiv identitetsutvikling og selvfølelse, emosjonell uttrykkelse, sosial inkludering og fremme håp (Solli, 2014, s. 57).

Flere forfattere med hver sin respektive doktorgrad utforsker implikasjoner recovery kan ha på musikkterapeutisk praksis (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018). Forfatterne foreslår 4 sentrale måter musikkterapi kan støtte opp under recovery (McCaffrey et al., 2018, s. 6, min oversettelse):

1. Anerkjenne og respektere ekspertise gjennom erfaring

Dette punktet handler om å anerkjenne at pasientenes erfaringer gjør dem til ekspert på seg selv og burde ha en mening om hvilken behandling som en ønsker og har mest nytte av.

2. Bevissthet og integrering av prosesser i kjernen av recovery

I dette punktet beskriver forfatterne fem nøkkelprosesser som er sentrale i recoveryprosessen, basert på brukeres personlige erfaring, som har fått akronymet CHIME:

C: *Connectedness*. Å ha relasjoner med andre, få støtte, og å være en del av noe.

H: *Hope and optimism about the future*. Å ha tro og motivasjon for å skape endring, positive tanker og verdier, drømmer og mål.

I: *Identity*. Å bygge opp en positiv identitetsfølelse og overkomme stigma.

M: *Meaning in life*. Å skape mening i erfaringer rundt psykiske lidelser.

E: *Empowerment*. Personlig ansvar, kontroll over eget liv og fokus på egne ressurser.

3. Å være ressursorientert

I punkt 3 anbefaler de at de overordnede målsettingene for terapi bidrar til å fremme klientens⁴ egne ressurser og målsettinger fremfor et fokus på mangler (deficits) og svakheter (weaknesses) som tradisjonelt omfattes i en medisinsk praksismodell. Forfatterne trekker frem 6 elementer fra Rolvsjord (2010) som essensielle prinsipper for musikkterapi: 1) å fokusere på klientens styrker og potensiale, 2) å anerkjenne klientens kompetanse relatert til hans eller hennes terapeutiske prosess, 3) å samarbeide med klienten om målsettinger for terapien og arbeidsmåter, 4) anerkjenne klientens musikalske identitet, 5) å være følelsesmessig involvert i musikken, og 6) å fremme positive følelser. Disse prinsippene skal bidra til at klienten skal opparbeide en identitet utenom sykdomsbildet. Forfatterne nevner avslutningsvis at et fokus på klientens ressurser ikke innebærer å utelukke eksisterende problemer eller utfordringer, men argumenterer for å balansere bildet mellom fokus på problemer og ressurser hvor de mener at et ressursorientert og bedringsfokus i musikkterapien kan rettferdiggjøres (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018, s. 7).

4. Å være samfunnsorientert

Det siste punktet forfatterne trekker frem er å arbeide samfunnsorientert. Etersom mange personer som har psykiske helseplager opplever stigma, umyndiggjøring, sosial ekskludering og isolasjon vil det være hensiktsmessig i recoveryarbeidet å inkludere fokus på sosial deltakelse (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018, s. 7).

⁴ Rolvsjord (2010) benytter klient, så jeg følger den originale ordlyden.

3.2 Samfunnsmusikkterapi

En tidlig utgivelse som omtaler begrepet samfunnsmusikkterapi var Ansdell & Pavlicevic utgivelse *Community music therapy* (2004) som gjør begrepet relativt nytt innen musikkterapi. Denne boken har flere bidragsgivere som skildrer ulike settinger for musikkterapi praksis som fokuserer på forholdet mellom musikk, helse og samfunn. Forfatterne skriver i introduksjonen at community music therapy perspektivet, videre omtalt som samfunnsmusikkterapi, muligens ikke bringer med seg noe nytt og banebrytende, men heller setter tidligere praksis inn i system.

Siden Ansdell & Pavlicevic (2004) sin utgivelse har samfunnsmusikkterapi som begrep spredt seg og blitt tatt i bruk internasjonalt . Ghetti (2016) oppsummerer samfunnsmusikkterapiens historie i sin artikkel “Performing a family of practices: Developments in community music therapy across international contexts”. Her skriver hun at samfunnsmusikkterapi har utviklet seg fra flere ulike praksiser fra flere land på starten av 2000-tallet og har blant annet skandinaviske røtter allerede gjennom Brynjulf Stige sitt framlegg på “The world congress of music therapy” i Spania i 1993 (Ghetti, 2016, s. 161). Stige disputerte i 2003 med sin avhandling “Elaborations toward a notion of community music therapy” (Stige, 2003) og har flere tekster i ulike utgivelser, inkludert Ansdell og Pavlicevic (2004) nevnt innledningsvis.

Samfunnsmusikkterapi setter fokus på relasjonene mellom musikk, helse, kultur, fellesskap, og samfunn, og har vokst frem som et motsvar på den individuelle terapitradisjonen som en ofte finner i kliniske settinger (Stige, 2008). Motsvaret inkluderer styrking av sosialt fellesskap, kulturell kontekst og styrking av ressurser fremfor fokus på symptomletting og patologi som du blant annet kan finne innen medisinske modeller (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013, s. 21). Stige & Aarø (2012) skriver at samfunnsmusikkterapi utforsker et økologisk perspektiv på musikk i helsefremmende arbeid og forstår individet i kontekst av lokalmiljøet. De argumenterer videre for at det kan være utfordrende å definere samfunnsmusikkterapi, ettersom samfunn og musikkterapi er utfordrende begrep å definere i seg selv og kan inneholde flere variabler (Stige & Aarø, 2012, s. 15). Et aspekt er at terapi

som begrep kan ha et bredt forståelsesgrunnlag, som på den ene siden omhandler omsorg (care) og tjeneste/service (service), samtidig som musikk kan bli omtalt som “terapeutisk” i et mer hverdagslig språk (Stige & Aarø, 2012, s. 14). Videre tar de for seg samfunn (community) og kompleksiteten rundt dette begrepet. De fremmer i første omgang fire enkle observasjoner: 1) Samfunn kan være varierte av natur, ikke bare nabolag og lokaliteter, men alt fra etablerte til tilfeldig oppståtte fellesskap, 2) Et samfunn er ikke nødvendigvis gitt, men kan oppstå frivillig eller tilfeldig, 3) Folk vil delta i samfunn på en rekke måter, som kommer an på hvordan de oppfatter forholdet/relasjonen mellom deres egne prosjekter og kulturen i samfunnet, og 4) Et samfunn er nøstet inn i, det påvirker og blir påvirket av, andre sosiale og kulturelle systemer (Stige & Aarø, 2012, s. 15, min oversettelse). Forfatterne skriver også at samfunnsmusikkterapi sin definisjon alltid er påvirket av hvordan musikkterapi blir definert, og istedenfor å definere hva samfunnsmusikkterapi er trekker de frem faktorer de mener spiller en viktig rolle (Stige & Aarø, 2012, s. 18).

I boka “Where music helps” (Stige, Ansdell, Elefant & Pavlicevic, 2010) trekker forfatterne frem fem relativt brede nøkkelkvaliteter for samfunnsmusikkterapi med utgangspunkt i åtte case-studier fra fire forskjellige land: *ecological*, *participatory*, *performative*, *resource-oriented* og *actively reflective*. Stige & Aarø (2012) forslår å legge til *activist* og *ethics-driven* i listen over kvaliteter som karakteriserer samfunnsmusikkterapien, som fører til akronymet PREPARE.

P: Participatory (deltakelse)

R: Resource-oriented (ressursorientert)

E: Ecological (økologi)

P: Performative (utøvende)

A: Activist (aktivistisk)

R: Reflective (refleksiv)

E: Ethics-driven (etikk-drevet)

(Stige & Aarø, 2012, s. 18-26)

Alle kvalitetene i akronymet kan være viktige, men i ulike samfunnsmusikkterapeutiske prosjekt blir enkelte faktorer mer aktuelle for forskningsspørsmålet enn andre (Stige & Aarø,

2012, s. 18-24). I denne oppgaven gjør noen kvaliteter seg mer gjeldende enn andre, hvor jeg vektlegger *deltakelse, ressursorientert, økologi og aktivistisk*.

Deltakelse

Den første bokstaven i akronymet står som nevnt for deltakelse, og er en kvalitet som står sterkt i samfunnsmusikkterapien. Den deltakende dimensjonen refererer til hvordan prosesser tilbyr muligheter for både individuell og sosial deltakelse, samt deltakelsens verdi (Stige & Aarø, 2012, s. 20). Samfunnsmusikkterapi er ikke en ekspertdrevet praksis (s. 21), men fremmer ideen om å ta i bruk kompetansen til alle som er involvert i prosjektet hvor lederrollen gjerne kan byttes på. Fokuset på likestilling mellom deltakerne styrker ordvalg som “deltaker” og “medlem” fremfor “bruker” eller “pasient”. Videre har den deltakende kvaliteten en sammenheng med menneskerettigheter med særlig fokus på solidaritet, likeverd, respekt og frihet (Stige & Aarø, 2012, s. 21).

Å bli utestengt fra å delta, sosial ekskludering på bakgrunn av ulike individuelle faktorer som blant annet psykiske lidelser, overvekt eller gruppetilhørighet, kalles stigmatisering (Stige & Aarø, 2012, s. 106). Ordet stigma er gresk og handlet opprinnelig om å markere kriminelle og slaver for å kunne kjenne dem igjen (s. 107). I dag handler det om når en person blir redusert fra en person til å bli identifisert med for eksempel en negativ handling, gruppe, eller atferd (Zawadzka, 2019).

I artikkelen “On a notion of participation in music therapy” trekker Stige (2006) frem at begrepet deltakelse har flere grader, som innebærer noe mer enn “å være der” (being there) eller “å være med” (joining in). Videre skiller han mellom deltakelse som individuell aktivitet og som felles aktivitet (collaborative activity). Stige (2006) oppsummerer hvordan deltakelse kan være en plattform i musikkterapien med en definisjon av deltakelse:

“Participation is a process of communal experience and mutual recognition, where individuals collaborate in a socially and culturally organized structure (a community), create goods indigenous to this structure, develop relationships to the activities, artefacts, agents, arenas, and agendas involved, and negotiate on values that may reproduce or transform the community”. (Stige, 2006, s. 134)

I musikkterapien blir deltakelse representert som felles opplevelser fordi man kan oppleve gjensidighet og likhet gjennom musikken. Det innebærer også ofte en form for samarbeid når man skaper musikk, som i seg selv kan bidra til å danne sosiale relasjonelle og kulturelle koder som gir et felles utgangspunkt for mening- og verdiutveksling. Dette kan bidra til å danne grunnlag for individuelle og sosiale prosesser.

Ressursorientert

En ressursorientert tilnærming i musikkterapi vektlegger alt fra individuelle og personlige styrker til sosiale ressurser hvor fokuset ligger i deltakernes sterke sider fremfor problem og sykdom. Stige & Aarø (2012) trekker frem at en del av den ressursorienterte kvaliteten innebærer å fremme deltakelse ved å blant annet ta sosiale problemer på alvor og støtte opp under deltakerne sine ressurser og bryte ned sosiale og kulturelle barrierer som kan være til hinder for deltakelsen. I en gruppe kan man ha deltakere med ulike ressurser som kan benyttes i prosessen, alt fra sosiale ressurser til musikalske ressurser. Et fokus på helse og styrking av egenskaper vil ikke utelukke rom for å bearbeide vanskelige hendelser eller situasjoner, men vil heller komme i andre rekke etter et positivt fokus på bedring. Rolvsjord (2010) fremmer ideen om å utvikle et mer balansert syn på ressurser og problemer. Dette kan være særlig viktig når flere målgrupper innen psykisk helse har utfordringer innen stigma, håpløshet og lav behandlingsmotivasjon (Slade, 2009), som rettferdiggjør et større fokus på *well being* og positive aspekter i musikkterapi (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018).

Økologi

Økologi handler om forholdet mellom organismer og miljøet rundt (Semb-Johansson, Hjertmann & Ratikainen, 2019). I en samfunnsmusikkterapeutisk kontekst handler den økologiske kvaliteten om det gjensidige forholdet mellom individ, gruppe og nettverk i en sosial kontekst (Stige & Aarø 2012, s. 22). Med et utgangspunkt i at endringer på individnivå kan medføre endringer på ulike sosiale systemer og omvendt, arbeider samfunnsmusikkterapi aktivt med etablering og utvikling av økologiske nettverk.

Det finnes flere modeller som beskriver menneskelig utvikling i en sosial kontekst, og en modell som brukes mye i musikkterapi er Uri Bronfenbrenners økologiske modell (Bronfenbrenner, 1979, s. 16-42). Denne modellen beskriver forholdet mellom mikro-, meso-, exo- og makrosystemer og tydeliggjør ulike sosiale lag og nivå som påvirker individet i en situert kontekst. Mikrosystemet er roller og forhold mellom individ og en jevnaldrende gruppe eller familie. Mesosystemet er forholdet mellom to mikrosystem hvor individet aktivt deltar, som for eksempel hjem og jobb/skole. Eksosystem er et system som ikke krever aktiv deltakelse fra individet, men som påvirker systemet individet er en del av. Eksempler kan være lokale lovgivere og administrasjon. Makrosystemet består av et overordnet system, som for eksempel et samfunn, som i seg selv er oppbygd av koblinger mellom ulike nivåer i systemet. Gjennom denne modellen viser forfatterne til at en samfunnsmusikkterapeutisk praksis kan spille en rolle i flere ulike nivåer i samfunnet (Stige & Aarø, 2012, s. 88). Et eksempel kan være å fokusere på relasjoner mellom individer, men også forholdet til overordnede systemer og overgangen mellom disse (Stige & Aarø, 2012, s. 153).

Aktivistisk

Den aktivistiske kvaliteten ved samfunnsmusikkterapi fremmer tanken om at folk sine problemer er relatert til begrensninger i samfunnet, som blant annet ulik fordeling av goder i samfunnet (Stige & Aarø, 2012, s. 23). Den aktivistiske kvaliteten antyder at bevissthet og sosial endring er en del av samfunnsmusikkterapiens agenda. Å gjennomføre prosjekter med en aktivistisk vinkling kommer til uttrykk ved å arbeide med utsatte grupper og gi oppmerksomhet til uhørte stemmer i samfunnet (Stige & Aarø, s. 158), som i kontekst av dette prosjektet innebærer blant annet stigma rundt psykisk helse.

Oppsummering

Jeg har i dette kapitlet gjort rede for det teoretiske rammeverket for studien. Jeg har sett på recoveryperspektivet og teori innen samfunnsmusikkterapi som jeg skal anvende i diskusjonsdelen. Jeg vil nå ta for meg en gjennomgang av analyseprosessen.

4 Gjennomgang av analyseprosessen

For å analysere den samskapte kunnskapen fra den lydfestede⁵ samtalen tar jeg utgangspunkt i SDI-metoden (Tjora, 2017). Dette analyseverktøyet tilbyr vekslning mellom en induktiv (fra empiri til teori) og deduktiv (fra teori til empiri) tilnærming hvor jeg kan jobbe empirinært, i tillegg til å ta tilbakeblikk underveis i analyseprosessen for å kvalitetssikre funnene (Tjora, 2017). En abduktiv tilnærming tilbyr flytende overganger mellom teori og empiri, og bidrar til å utforme hovedtemaene. Denne måten å jobbe på førte til at jeg satt igjen med et stort antall koder, hvor neste steg var å gruppere dem. På samme måte som med kodingen har jeg en induktiv og empirinær tilnærming hvor jeg gikk systematisk gjennom hver kode og grupperte dem basert på tematikken i hver kode. Jeg skal med tabellen under illustrere hvordan en induktiv koding kan se ut:

Generering av empiriske data	Empirinært utdrag/ Bearbeiding av rådata	Koding med empirinære merkelapper	Kodestrukturert empiri (Rekontekstualisering)
Det var jo bare det at... det ikke ble kontinuitet i øvingene, sant. Sånn at vi... ja. Det var ikke alle som kom, og sånn, så da ble det litt sånn dumt da.	...det ikke ble kontinuitet i øvingene, sant. Sånn at vi... ja. Det var ikke alle som kom.	Ble ikke kontinuitet når ikke alle møter opp	Kontinuitet Oppmøte

Kodingen resulterte i 14 unike grupperinger hvor jeg slo sammen de grupperingene som hadde relativ lik ordlyd, som for eksempel “frisk”, “friskefokus” og “friskeliggjøring”. Jeg la deretter listen over kodene i dataprogrammet “NVIVO” for å kartlegge hvor mange ganger hvert ord gikk igjen. Kartleggingen resulterte i denne ordskyen:

⁵ Lydfesting er et norsk ord for “recording”, som er å foreta lydopptak eller en innspilling (Tande, 2009).



Figur 6: Illustrasjonen viser hvilke tema som oftest går igjen i samtalen. Desto flere ganger ordene og temaene nevnes, jo større blir ordene i ordskyen..

Denne kartleggingen førte også til tall over hvilke ord som oppstår flest ganger i listen, og legger grunnlaget for utarbeidelsen av hovedtemaene. Grupperingene som oppstår flest ganger er markert med fet skrift:

Gruppering	Antall ganger oppstått i teksten
Musikk som ressurs	13
Erfaring	9
Målgruppe	16
Promotering	15
Formulering	11
Formidling	12
Trygghet	22
Gruppetynamikk	16

Tilhørighet	15
Trivsel	11
Likeverd	11
Friskeliggjøring	11
Identitet	23
Stigma	19

Grupperinger oppført i tabellen som har flest treff er: *Målgruppe, trygghet, gruppedynamikk, identitet og stigma*. Jeg forsøker å være empirinær ved å formulere grupperingene ut ifra deltakernes egne ord. I formuleringen av hovedtemaene har jeg en abduktiv tilnærming hvor jeg kombinerer flere grupper under samme tema (Tjora, 2017). Jeg kom frem til 3 hovedtemaer med noen sentrale undertemaer:

Hovedtemaer	Undertemaer
Sosiale relasjoner	Tilhørighet
Musikk som ressurs	Finne tilbake til musikken, tilrettelegging for ressursutvikling
Syn på psykisk helse	Stigma og recovery

Bakgrunn for valg av hovedtema

Jeg kom frem til det første temaet, *sosiale relasjoner*, ved å slå sammen grupperingene: “tilhørighet”, “likeverd”, “trivsel” og “trygghet”. Flere av disse grupperingene kan ha overlappende verdier og tematikk og oppstod flere ganger i samtalen med deltakerne. Sett i sammenheng med erfaringene fra prosjektet kan *sosiale relasjoner* fungere som en paraply som omfatter de relevante undergrupperingene.

I det andre temaet *musikk som ressurs* slo jeg sammen: “utvikle egne ressurser”, “identitet” og “erfaringer”, hvorav ressursutvikling og identitet er grupperinger som fikk mange treff i søket. Det var naturlig at dette ble et sentralt tema ettersom det kom fra deltakerne selv, i tillegg til at utvikling av musikk som ressurs har vært et gjennomgående tema i prosjektet.

Det tredje tema, *syn på psykisk helse*, innebærer en sammenslåing av: “friskeliggjøring” og “stigma”. Psykisk helse er et tema som dukker opp svært ofte i samtalen med deltakerne, men også som småprat underveis i prosjektet. I tillegg til å være et empirinært tema, søker også forskningsspørsmålet å utforske deltakernes opplevelser av oppfølgingstilbudet. Derfor tenker jeg at “psykisk helse” som tema kan bidra til å belyse dette.

5 Presentasjon av generert kunnskap

Jeg skal i dette kapitlet presentere den dokumenterte kunnskapen fra aksjonsforskningsprosjektet som jeg i neste kapittel skal diskutere mot det teoretiske rammeverket for oppgaven. Jeg vil ha en empirinær tilnærming hvor jeg tar utgangspunkt i deltakernes⁶ egne ord, erfaringene fra gjennomføringen av prosjektet og min forståelse av musikkterapi innen psykisk helsefeltet. Som tidligere nevnt har jeg tre hovedtemaer ut ifra kategorisering av funnene i analysen: *Sosiale relasjoner, musikk som ressurs og syn på psykisk helse*.

5.1 Sosiale relasjoner

Tilhørighet

Deltakerne i prosjektet forteller om en sterk tilhørighet til stedet og en følelse av fellesskap sammen med de andre på huset. Denne fellesskapsfølelsen kommer særlig til syne i samtalen med deltakerne, hvor de ikke ser på seg selv som brukere av tilbudet, men heller en del av det; et medlem:

Det er lenge siden jeg har følt meg som en deltaker egentlig, her. Vi er mer medlemmer egentlig...

Det beskrives også litt senere i samtalen gjennom en litt lengre seksjon:

1: Ah pasient...

2: Klient eller aktør er bare ord jeg har valgt...

1: Medlem! Medlem av musikkoppfølgingstilbud.

3: Ja!

4: Medlem er bedre.

1: Medlem er bedre enn deltaker. Det er litt sånn...

4: Klubb, gruppedlem. Det er høres litt interessant ut.

1: Som medlem er det mer eierskapelig og åpent for at andre kan være med. Altså, du er medlem i et band. Deltaker høres så passivt ut, som å delta på noe som allerede er.

⁶ Jeg vil i dette kapitlet benytte “deltaker” når jeg omtaler personer som deltok i den evaluerende samtalen. Begrepet “medlem” som jeg bruker i diskusjonen vokser frem i løpet av denne samtalen.

Deltakere er ikke sammen. Vi er sammen, da er vi medlem.

At deltakerne i prosjektet omtaler seg som medlemmer fremfor deltakere eller brukere kan tyde på at det har utviklet seg en holdning i den sosiale kulturen og eierskapet til stedet hvor de ikke opplever seg som mottakere, men heller at det er de som utgjør tilbudet. En av deltakerne viser også tydelig misnøye med begrepet *pasient* og opplever at det på ingen måte resonnerer med deres helsesituasjon eller aktiviteter på huset. Deltakerne opplever at medlemsbegrepet tilbyr en mer sosial, eierskapelig, inkluderende og aktiv tilnærming til aktivitetene på huset i større grad enn deltaker eller bruker. De opplever deltaker og bruker som passivt hvor man er mottaker av en tjeneste uten å ha det samme eierskapet eller sosiale deltakelsen som et medlem ville hatt.

Det har vært viktig for noen av deltakerne å ha noe å gå til i overgangsfasen mellom DPS og hverdag. Når man er i musikkterapi på DPS og opparbeider seg en relasjon til musikkterapeuten og med andre bandmedlemmer, vet man at behandlingstiden en gang vil utgå. Etter behandlingen har du ikke tilgang til musikkterapi lenger. I denne overgangsfasen mellom ferdig behandling og det selvstendige hverdagslivet utenfor institusjonen har det vært viktig for deltakerne å ha noe å gå til. Det har også vært en viktig faktor å kunne fortsette med musikkterapi uten noen form for sluttdato. Et utklipp fra samtalen gir inntrykk av dette:

Det var vel sånn det begynte, var det ikke? Joda, det er jo det som er hovedmålet, liksom det som skulle komme etter at du hadde vært til musikkterapi på DPS'et så skulle vi ha en plass å gå, da kunne du komme her. Det er jo det det egentlig er. Ja opprinnelig var det dét det var, og det er det det sikkert fremdeles skal være

Musikkterapi på DPS kan være en viktig del av et tverrfaglig behandlingstilbud hvor fokuset rettes mot å ha det gøy og utvikle musikalske egenskaper sammen med andre. I noen sin hverdag kan det være viktig å ha noe å glede seg til. Som nevnt over kan en overgangsperiode hvor tilbudet om musikkterapi går ut være utfordrende, som viktiggjør muligheten for å kunne fortsette det gode grunnarbeidet som blir gjort på DPS'et. En av deltakerne legger det frem slik:

Jeg gledet meg til musikkterapien på DPS. Det var noe jeg trivdes med og følte meg delvis trygg der. Jeg var veldig lei meg når tilbudet gikk ut, men veldig glad for at jeg fikk muligheten til å fortsette i musikkoppfølgingstilbudet utenfor DPS.

En av forskjellene deltakeren trekker frem fra denne opplevelsen er at det er mindre sykdomsfokus i oppfølgingstilbudet enn på DPS, selv om det ikke var særlig sykdomsfokus der heller. Deltakeren opplevde i større grad at de andre i bandet ikke stod i stil med hens⁷ sykdomsbilde og virket mer “synlig” syke, og at det ikke nødvendigvis var rett sted for hen å være. Psykisk helse har et stort spenn, men det spennet oppleves i mindre grad i oppfølgingstilbudet fordi “...jeg føler vi er mer likestilte her på huset, egentlig”, og at det kan være lettere å arbeide med folk som har relativt likt funksjonsnivå. En av deltakerne legger frem at å møte folk som likeverdige, hvor fokuset ligger på ressurser, tilhørighet og å skape gode opplevelser, er noen av faktorene som bidrar til å holde seg frisk og få det bedre:

Uansett hvordan syk du har vært, er eller holder deg unna å bli igjen, så holder man seg frisk. Det er for at du ikke skal bli syk igjen

Slik deltakeren legger det frem er en sentral opplevelse av oppfølgingstilbudet at man både holder seg frisk og forebygger tilbakefall.

En gjennomgående faktor i prosjektet har vært at alle får sagt sin mening og bidrar i musikken. Vi har hatt en åpen holdning til hverandres ideer og “flowen” i gruppen har fungert godt. En av deltakerne legger det frem slik:

Å forstå hverandre og se hverandre, og liksom høre på hverandre. Det føler jeg vi er flinke til. Det har vi ikke vært så flinke til i de andre gangene vi har vært her.

Det kan være en mulighet at en etableringsfase kan spille en rolle for å utforske dynamikken i gruppen før man setter i gang med et prosjekt. På denne måten får gruppen testet hvordan de jobber sammen og kan deretter vurdere om de har lyst til å gjennomføre et prosjekt.

Deltakerne opplever det som stimulerende å jobbe sammen i en gruppe, hvor de kan bidra med sine ressurser og sammen komme frem til et produkt alle er fornøyd med. En av deltakerne legger det frem som:

Det har vært kjekt og digg å høre når jeg kommer med ideer som dere plukker opp og finner ting som passer inn som jeg liker.

Det er flere som bruker musikk aktivt i sin hverdag og synes det er positivt å få muligheten til å lage musikk sammen med andre. En deltaker forteller at det er veldig givende å bruke

⁷ For flyten i språkets skyld benytter jeg meg av hen fremfor å skrive han/hun. Begrepet bidrar også til å styrke anonymiteten til medlemmene ved å unngå å definere kjønn (Nylund & Benestad, 2014).

ressursene i gruppen til å fylle inn områdene som en selv ikke klarer:

Og dette er jo akkurat der jeg er fryktelig dårlig til akkurat å finne de riktige ordene, så det passer på en måte perfekt at du finner de for meg.

Det finnes mange muligheter i musikk som gjør at det kan være godt å få innspill fra andre. En av deltakerne benytter seg av det beskrivende uttrykket: “Jo flere kokker, jo mere søl”, “...men jeg føler at liksom, akkurat i denne prosessen her har det vært greit at det har vært litt kokker”. Deltakeren opplevde ikke at det ble noe søl med flere kokker, men heller at det var en styrke i den kreative prosessen og i arbeidet mot den ferdige låta.

5.2 Musikk som ressurs

Finne tilbake til musikken

I musikkterapi som behandling på DPS kan man utforske musikk på ulike måter og finne ut av hvordan man selv kan tenke seg å bruke den. Dersom musikk tidligere ikke har vært en del av din hverdag, kan du sammen med musikkterapeuten utforske ulike måter du kan gjøre det på. En av deltakerne forteller at en undertrykt musikalitet har vært en av grunnene til at hen ikke hadde det bra, men klarte å finne tilbake til det gjennom musikkterapien:

Og det var der (på DPS'et) jeg oppdaget at det var det jeg manglet, på en måte. Det var da jeg oppdaget at jeg hadde, eh, hva var det... repressed... undertrykt...musikk... eller musikaliteten i meg selv, stort sett hele livet, liksom, og at det var på en måte, en av grunnene til at jeg ikke hadde det bra.

Musikk kan både være og bli en viktig del av livet, og det kan være verdifullt på mange områder å finne tilbake til den:

Jeg fant musikken igjen i musikkterapien og kommer sikkert aldri til å slutte med det. Det trenger ikke være en helomvending hvor man bruker musikk til alle døgnets timer, men en ressurs i stressende tider for å finne tilbake til seg selv og ha et sted hvor man kan slappe av i et eget rom. Det kan også fungere samlende for en gruppe å bruke musikk sammen hvor man kan utforske ulike sosiale roller i samspill med hverandre. Innenfor trygge rammer kan musikkterapeuten bidra til å skape gode forutsetninger for at man skal kunne utforske slike roller.

Det bakenforliggende med den undertrykte musikaliteten var at musikk virket uopnåelig for deltakeren, og at man måtte være musikalsk for å kunne drive med det. Viljen til å bruke musikk var der, men det “...så uopnåelig ut for meg, så jeg la det vekk”. I en slik kontekst kan musikkterapi bidra til å fasilitere bruk av musikk på en måte som gjør at det virker overkommelig. For noen kan det utgjøre en stor forskjell bare å få muligheten til å prøve ut ulike bruksområder som musikk kan ha.

Tilrettelegging for ressursutvikling

Deltakerne forteller at de gjerne skulle hatt flere prosjekter knyttet til å jobbe i studio. Det var en positiv opplevelse å kunne utarbeide og jobbe felles mot et mål hvor man bruker sine iboende ressurser, og har muligheten til å utvikle dem underveis. En tanke som gjør seg gjeldende er at om prosjekter skal være mulig å gjennomføre må nødvendig utstyr være tilstede og fungere, samtidig som det må finnes kunnskap om innholdet. Tidligere erfaringer med studioprosjekter har båret preg av lite tid, manglende eller ikke fungerende utstyr, i tillegg til mangel på oppfølging, kunnskap om musikkproduksjon og teknologi for å nevne noen. Det er flere som ønsker å utforske produksjonsaspekter ved musikk videre og tilrettelegging for dette. De forteller at innspilling i studio kan oppleves skummelt, særlig når man har lite tid og er usikker på om utstyret fungerer. Det er en ukjent situasjon hvor man skal prestere innenfor et tidsrom. Det er ønskelig å ha muligheten til å kunne øve seg på denne situasjonen og få mengdetrening for å bli mer komfortabel med det. En forteller at “*det er skumlere å være i studio enn å stå på en scene*” og påpeker at det er behov for mengdetrening. En av deltakerne var stolt over at hen klarte å gjennomføre innspillingen:

...jeg er egentlig veldig stolt over meg selv når jeg greide å faktisk klare å gjennomføre det.

For å kunne bruke studio kan det være nyttig å ha kunnskap om hvordan det fungerer og hvilke muligheter som eksisterer. Deltakerne forteller at det var veldig givende og nyttig å ha en workshop i studio over flere dager hvor en kyndig lydtekniker hadde en gjennomgang av studio og DAWS⁸. Alle deltakerne hadde en interesse for musikkteknologi og

⁸ Digital Audio WorkStation er en digital lydarbeidsstasjon som kan brukes til innspilling redigering og produksjon av lydfiler.

musikkproduksjon fra tidligere, og synes det var gøy å kunne lære mer og få veiledning i hvordan man kan bruke studio. En kurs-situasjon ble også en positiv opplevelse ettersom alle fikk mulighet til å stille spørsmål og få svar på det man lurte på underveis i gjennomgangen.

Gjennom dette prosjektet har fokuset ligget på låtskriving og improvisasjon hvor det langsiktige målet var innspilling og gjennomføring av en workshop i studio. Det var nødvendig å hente inn kompetanse fra en lydtekniker for å gi oss en gjennomgang av studio, ettersom det var mangelfull kompetanse om studioteknikk og innspilling i gruppen. En av deltakerne forteller at det er rart at musikkproduksjon og teknologi ikke har en større plass på musikkterapiutdanningen:

Og det er dumt at dere ikke lærer om det i musikkterapien. Jeg synes det er veldig spesielt. Det blir veldig halvhjertet, føler jeg da.

Og følger opp med:

Men jeg tenker det burde vært en studieretning da. At man liksom, i musikkterapifaget kunne velge studio. Da jobber du med det, sant. Jeg tror det hadde vært en viktig ting å få det inn i musikkterapistudiet.

Kunnskapen som er generert gjennom prosjektet setter lys på hvilke områder musikkterapifeltet har behov for å utvikle seg for å møte det voksende behovet blant klienter som ønsker å ta i bruk produksjonsaspektet ved musikk.

5.3 Syn på psykisk helse

Stigma og recovery

Flere av deltakerne opplever stigma rundt psykisk helse. Samtidig vil de fremheve at man får en opplevelse av å være forbi psykisk lidelse når hen er på musikkoppfølgingstilbudet. Alle kan ha utfordringer med sin psykiske helse uten at det nødvendigvis definerer dem, og refererer til den originale beskrivelsen av tilbudet “Musikkoppfølgingstilbud for mennesker med psykiske lidelser”. En av deltakerne formulerer denne begrepsbruken som:

“Ja, det høres helt forferdelig ut... Jeg har aldri vært et menneske med psykisk lidelse”

Det kan tenkes at man har ulike utfordringer tilknyttet sin psykiske helse og har behov for hjelp fra helsevesenet uten at det oppleves som en lidelse. En lidelse kan høres voldsomt ut for noen og ikke nødvendigvis skildre/avbilde deres opplevelse av egen helsesituasjon. Likevel så kan det oppleves som hemmende i ulike deler av hverdagen, som gjør det til en utfordring. En deltaker legger det frem som:

Jeg føler at psykiske utfordringer er bedre enn psykisk lidelse eller psykiske plager. Psykisk sykdom eller psykiske utfordringer er vel egentlig litt mer dekkende, da. For det det finnes folk som har forskjellige diagnoser riktignok og de har vel en psykisk diagnose, sant. Jeg vet ikke, det er jo alt fra folk med depresjon til folk med schizofreni til altså... Ja, det er et stort spenn.

Det kommer frem at det er et stort spenn innen psykisk helse som gjør at nyansene risikerer å havne i skyggen. På den ene siden av spekteret kan noen oppleve sin helsesituasjon som en lidelse og anse det som positivt å forstå mer om den gjennom en diagnose. Den andre siden av spekteret kan være å få en diagnose man ikke kjenner seg igjen i. Denne nyanseringen har vært et engasjerende tema blant deltakernes opplevelse av tilbudet.

Det viser seg å være en utfordring å finne en passende formulering når tilbudet skal promoteres. Det må være tilknyttet psykisk helse, ettersom det er nettopp det som skiller tilbudet fra andre musikk- og kulturtilbud. Samtidig skal det være en musikkterapeut til stede som skal ha fokus på å møte deltakernes behov og legge til rette for deltakelse og ressursutvikling. En av deltakerne forteller om utfordringer med å promotere tilbudet uten å inkludere at det omhandler psykisk helse:

Det kan være litt vanskelig for de som kommer fra psykiatrien og ville tørre å komme inn hvis du tar det helt vekk at det ikke har noen ting med... noe å gjøre, sant. Det må jo være en tråd som følger dem inn.

Det er også utfordrende å formulere tilbudet slik at det inkluderer personer i en oppfølgingsfase i tillegg til mennesker som “definerer seg inn i målgruppen men ikke har vært til behandling⁹”. Deltakerne opplever at det er utfordrende å sammenfatte en beskrivelse hvor tilbudet skal være tilpasset en målgruppe som har behov for oppfølging, støtte og tilrettelegging uten at noen i målgruppen ikke ønsker å delta fordi at “Ånei, det er for sånne

⁹ Den kommunale promotering av tilbudet inkluderer mennesker i en oppfølgingsfase etter endt behandling i tillegg til personer som definerer seg inn i målgruppen uten å ha vært til behandling.

med psykiske plager, det vil ikke vi ha noe med, altså' ... Fordi at de ikke vil ha det stemplet på seg". Deltakerne enes om at promoteringen heller burde legge vekt på personer som har behov for et slikt tilbud.

Flere av deltakerne forteller at tilgangen til musikkterapi i overgangsfasen har en stor innvirkning på deres bedringsprosess og gjør overgangen til hverdagslivet bedre. Det hjelper å ha et sted å gå til og et sted å kunne uttrykke seg fritt når man ikke har noe annet. Aktiviteten, tilhørigheten og fokus på ressurser bidrar til å styrke opplevelsen av at man er en ressursperson hvor identiteten som musiker blir mer fremtredende enn rollen som en person med problemer eller utfordringer. Den gode tilhørigheten og fokus på friske sider bidrar til at de opplever stedet og tilbudet som deres eget. Deltakerne opplever også at fokuset på det friske bidrar til å forebygge stigma på huset. Det kan spille en rolle i hvordan de opplever sin egen helsesituasjon ved å ha tilgang til stimulerende aktiviteter sammen med andre. En formulerer det som:

"Livet er jo en utfordring... Jeg føler det forsvinner litt når man kommer inn i bygget. Når du kommer inn her, da er du liksom frisk".

Det er en fin balansegang å ha et tilbud som har fokus på friske sider og likevel gi støttende rammer for de som trenger det. I noen tilfeller kan utfordringene påvirke hverdagen i stor grad. Da kan det være godt å ha muligheten til å ta en pause, føle seg frisk og ha lyspunkter i hverdagen, som en annen deltaker legger frem:

Jeg føler ikke at det blir noe psykisk da liksom, det blir mer personlig... alle har sitt å stri med, men her på en måte er vi... Det blir en frisone. Ja, du er fri og du kan tale fritt og du har på en måte rom for å... pusterom. Vi spør ikke om hvor tungt det var i dag og sånn, men man finner på en måte de lyspunktene hele tiden. De gjør på en måte at du kommer deg litt ut. Som et pusterom egentlig, i hverdagen

Det er ikke gitt at man opplever at man passer inn i et miljø. En deltaker legger det frem som at "...jeg har opplevd at noen har sagt at de har prøvd noen andre aktivitetshus i byen og fortalt at de følte seg nesten sykere etter å ha gått ut derfra". Det kan være viktig for noen å være et sted hvor fokus rettes mot positive opplevelser og samhold som de kan kjenne seg

igjen i. En av deltakerne har opplevd at andre aktivitetshus ikke tilbyr den samme tilhørigheten og miljøet:

Jeg har fått mange tilbud om å være med å besøke de andre husene, men jeg har bare ikke gått. Fordi jeg bare har visst med meg selv at det er ikke for meg uten å engang å prøve.

Det er her fremtredende at et oppfølgingstilbud med fokus på tilhørighet, ressursutvikling og styrking av musikalsk identitet kan bidra til å støtte opp under bedringsprosessen for de som ønsker stimulerende og meningsfulle aktiviteter.

6 Diskusjon

Jeg skal i dette kapitlet diskutere funnene jeg har gjort rede for i analysekapitlet i lys av utvalgt teori og litteratur for å belyse forskningsspørsmålet:

Hvordan opplever medlemmer av et musikkterapeutisk oppfølgingstilbud musikkterapi?

Med det supplerende forskningsspørsmålet:

Hvordan kan deres opplevelser belyses av teori innen recovery og samfunnsmusikkterapi?

Diskusjonskapitlet er strukturert etter hovedtemaene fra kapittel 5: *Sosiale relasjoner, musikk som ressurs og syn på psykisk helse.*

6.1 Sosiale relasjoner

Tilhørighet

I samtalen med medlemmene kommer det frem at det er flere oppfatninger og mening rundt hvilke rolle man kan ha i musikkoppfølgingstilbudet. Det er fremtredende at tilhørighet står svært sentralt i deres opplevelse av tilbudet og at de anser seg selv som medlemmer av tilbudet. De gjør det tydelig at andre begreper ikke er like beskrivende for hva de gjør og hvem de er. Medlemsbegrepet opplever de at tilbyr en mer eierskapelig, sosialt inkluderende og aktiv tilnærming til musikkterapi og miljøet på huset. Innen psykisk helsearbeid er involvering av brukere i avgjørelser en viktig faktor (Helsedirektoratet, 2014, s. 16), som også står sentralt i musikkterapeutisk praksis og teori (GAMUT, 2019). Reell brukermedvirkning blir også trukket frem som en suksessfaktor i medikamentfri behandling (Øvernes, 2019, s. 2). Det er imidlertid interessant å se på begrepet “brukermedvirkning” i lys av medlemmenes situasjon hvor de argumenterer for å benytte medlem fremfor deltaker og bruker. Bruker er per definisjon en person som mottar tjenester som ikke er ansett som tradisjonell helsehjelp av Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §1-3f). Helsehjelp i denne sammenhengen er handlinger som er forebyggende, diagnostisk, behandlende,

helsebevarende og rehabiliterende, utført av helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3c). En bruker kan da forstås å være en mottaker av en tjeneste som ikke er helsehjelp etter beskrivelsen i § 1-3c (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I lys av pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skiller begrepet “bruker” seg fra “pasient” ved at en pasient henvender seg til og mottar helsehjelp etter beskrivelsen i § 1-3c. Sett i sammenheng med medlemmenes opplevelse av tilhørighet til oppfølgingstilbudet forteller de at begrepet deltaker heller ikke er en passende beskrivelse. Biologisk sett kan et lem betegne en kroppsdel som er festet til en kropp. Denne analogien kan ha en overføringsverdi hvor deltakerne opplever seg som et “lem” og er en del av tilbudet, eller kroppen, som sammen utgjør en helhet. Begrepet deltaker beskriver at man “tar del i” en aktivitet som kan oppleves passende for noen. Likevel inkluderer det ikke den samme helhetlige dimensjonen medlemmene beskriver som gjør at medlem-analogien er mer passende enn at de “tar del i” noe eller er mottakere av helsetjenester.

Dette kan igangsette en diskusjon om hvilke faktorer som spiller mest inn; går musikkterapi under betegnelsen “helsehjelp” (1999, §1-3) hvor en musikkterapeut er omtalt som helsepersonell og blant annet jobber forebyggende, behandlende eller helsebevarende med pasienter; eller at musikkterapi ikke går under betegnelsen “helsehjelp”, musikkterapeuten omtales ikke som helsepersonell og jobber med brukere. En annen måte å se det på er at musikkterapi tilfører et komplementerende helsesyn som promoterer likeverd i relasjon med fokus på recovery gjennom sosial deltakelse, tilhørighet og mestring gjennom bruk av musikk (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018; Rolvsjord, 2004). Med et slikt utgangspunkt kan vi rettferdiggjøre begrepet “medlem” som en del av en recoveryprosess gjennom en redefinerings av personlig og sosial identitet, samt sosial støtte og utvikling av nye sosiale roller (Anthony, 1993; Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013; Slade, 2009). Samtidig kan denne prosessen forstås som en aktivistisk reaksjon hvor de tar personlig ansvar og kontroll over eget liv ved å redefinere sine roller på stedet (McCaffrey et al, 2018; Slade, 2009; Stige & Aarø, 2012). Sett i et samfunnsperspektiv kan den sosiale støtten virke forebyggende mot utvikling av psykiske lidelser som gjør seg særlig gjeldende for mennesker som opplever å være utenfor sosiale fellesskap (Helsedirektoratet, 2013, s. 97-98). Musikkterapi kan i denne konteksten være et godt alternativ for å styrke deltakelse, sosialt velvære og forebygge sosial isolasjon (Gold, Solli, Krüger & Lie 2009; Helsedirektoratet, 2013; Mössler, Chen, Heldal & Gold, 2011),

som også er fremtredende i tidligere evalueringer av musikkterapi i oppfølgingstilbud (Bjotveit, Wormdahl & Tuastad, 2016; Tuastad, 2019; Tuastad, Johansen & Østerholt, 2018).

Sett i et økologisk perspektiv kan tilhørighet og deltakelse i et mikrosystem ha en positiv innvirkning på motivasjon til å delta i andre mikrosystemer. På denne måten kan medlemmenes deltakelse i musikkoppfølgingstilbud påvirke andre mikrosystemer i deres liv, og visa versa (Stige & Aarø, 2012). Med utgangspunkt i studiprojektet kan det være aktuelt å se innspillingen som en artefakt for å dele med andre mikrosystemer, eksempelvis vennekretsen, og utvikle sin sosiale identitet som musiker. Samtidig kan dette ha en innvirkning på ekso- og makrosystemer hvor de kan fremstå som ressurssterke mennesker ved siden av sine utfordringer med sin psykiske helse. I denne sammenhengen kan eksosystemet være ulike institusjoner, og makrosystemet være det norske samfunnet. Et av formålene med musikkoppfølgingstilbudet er å fungere som en støttespiller i overgangen mellom slike system. Med andre ord kan oppfølgingstilbudet inneha en rolle som en overgang mellom institusjon og selvstendig aktivitet i lokalt kulturliv, også kjent som trinn 2 i en 3-trinnsmodell (Tuastad, 2014). En praksisnær tilnærming til mikrosystemene kan i denne sammenhengen være viktig for å vie oppmerksomhet til opplevelsen av en overgangsperiode og bidra med konstruktive direktiver oppover i systemet (Stige & Aarø, 2012).

I medlemmenes opplevelse av musikkterapi i en overgangsfase mellom institusjon og hverdagslivet vektlegges viktigheten av å kunne bygge videre på det sosiale og musikalske grunnlaget i lokalmiljøet. Medlemmene legger særlig vekt på at det føles godt å ikke ha en sluttdato, som også støttes av tidligere forskning (Bjotveit, Wormdahl & Tuastad, 2016; Tuastad, Johansen & Østerholt, 2018). I en overgangsfase kan det være essensielt med sosial støtte for å støtte opp under bedringsprosessen (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018; Solli, Rolvsjord & Borg, 2013) og derfor må musikkterapi kunne legge til rette for dette på en god måte. Muligheten til å ha noe å gå til og oppleve tilhørighet kan spille en sentral rolle i deres recoveryprosess, både sosialt og personlig (Anthony, 1993; Slade, 2009). I en overgangsfase kan man være særlig utsatt og flere opplever at de ikke har et sted å oppleve sosial tilhørighet (Helsedirektoratet, 2013), som viktiggjør at musikkterapi blir tilgjengelig for de som har behov for det. Det kan imidlertid være utfordrende å inkludere nye medlemmer i et etablert

felleskap (Tuastad, Johansen & Østerholt, 2018). Musikkterapeutens rolle blir i denne sammenheng viktig ved å tilrettelegge så godt som mulig for å bryte ned sosiale og kulturelle barrierer (Stige & Aarø, 2012).

Sett fra et ressursorientert ståsted er ikke musikkterapi en ekspertdrevet praksis, men støtter heller ideen om å bruke ekspertisen til alle involverte (Rolvsvjord, 2010; Stige & Aarø, 2012, s. 21). Dette blir fremtredende ved at oppfølgingstilbudet tilbyr en plattform hvor deltakerne kan bli kjent i et miljø som er preget av musikk og musikalsk samspill fremfor psykisk lidelse eller andre utfordringer. Dette kommer særlig til uttrykk i denne konteksten når deres rolle som ressurspersoner er tilsynelatende mer fremtredende enn deres utfordringer med egen psykisk helse. Deltakerne sitter med positive opplevelser av å kunne spille hverandre gode ved å være en ressurs og kunne bruke andres ressurser for å lage musikk sammen.

Medlemmene påpeker imidlertid at hen opplever at ikke alle sammensetningen av mennesker klarer å jobbe sammen. For at en gruppe skal fungere må man kunne gi og ta, vise hverandre respekt og inkludere alle. Tanken om å kunne gi og ta, samt bruke kunnskapen i gruppen, resonnerer godt med en ressursorientert tilnærming (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018; Rolvsjord, 2004; 2010; Stige & Aarø, 2012) hvor hver deltaker med egne idiosynkratiske egenskaper kan bidra til å utfylle områdene de andre deltakerne mangler. Et av medlemmene legger frem at en annen sitt ordforråd kan bidra til å sette ord på musikken på en måte hen ikke kunne gjort selv. På denne måten kan de bli kjent med hverandre som ressurspersoner fremfor personer med diverse psykiske utfordringer (McCaffrey et al., 2018). Denne tilnærmingen støttes av tidligere forskning hvor deltakere i en gruppe bidrar som viktige sosiale støttespillere, i tillegg til å skape trygge rammer for å gi av seg selv (Hernæs, 2019; Nydal & Ottesen, 2016). Det påpekes likevel at det kan være utfordrende å bli møtt og møte andres ønsker, som tydeliggjør musikkterapeutens rolle som ansvarsperson både sosialt, praktisk og musikalsk for å fasilitere løsninger som fungerer for alle (Hernæs, 2019). Samtidig legger ikke en ressursorientert tilnærming skjul på at det er mulig å snakke om sine utfordringer, men at det er ikke nødvendigvis er fokuset for aktivitetene (Rolvsvjord, 2010; Stige & Aarø, 2012).

I tillegg til medlemmenes opplevelse av tilhørighet kommer det frem at musikk har en sentral rolle i medlemmenes liv og hverdag. Jeg skal nå ta for meg temaet *musikk som ressurs*.

6.2 Musikk som ressurs

Finne tilbake til musikken

Det første tema som gjør seg gjeldende under dette hovedtemaet er en av medlemmene sin opplevelse av å finne tilbake til musikken gjennom musikkterapi. At musikkterapien kan bidra til å fasilitere og hente frem iboende musikalske ressurser resonnerer godt med en ressursorientert tilnærming (Rolvsjord, 2004; 2010; Stige & Aarø 2012). Samtidig kan dette eksemplet forstås i lys av den grunnleggende beskrivelsen av musikkterapi for denne oppgaven hvor musikkterapi handler om å utvikle muligheter for handling gjennom musikk (Ruud, 1990). En av grunnene til at medlemmet ga opp musikken var blant annet fordi det virket uopnåelig, både praktisk og økonomisk. En av musikkterapeutens roller kan i denne sammenhengen være å fasilitere musikk ved å bidra til å bryte ned kulturelle og sosiale barrierer som kan hindre deltakelse i musikken (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018; Stige & Aarø, 2012). Sett i et økologisk perspektiv kan statlig initiativ om å introdusere flere meningsfulle aktiviteter bidra til å utvikle og styrke sosiale fellesskap på mikronivå, samtidig som det kan forebygge tilbakefall (Helsedirektoratet, 2013, s. 97-98). En av følgene av de statlige initiativene på eksonivå (Stige & Aarø, 2012) om å introdusere flere meningsfulle aktiviteter kan bidra til at flere får tilgang til musikk som en hverdagsressurs på et personlig og sosialt nivå. Gjennom en slik fasilitering kan musikkterapeuten være en støttespiller når man utforsker musikkens muligheter og hvordan musikk kan spille en rolle i ditt liv (Rolvsjord, 2010; Stige & Aarø, 2012). Å fasilitere bruk av musikk som identitetsstyrkende aktivitet resonnerer godt med en recoveryorientert praksis (McCaffrey et al, 2018; Slade, 2009).

Tilrettelegging for ressursutvikling

Deltakerne opplever at workshops er en veldig stimulerende arbeidsform hvor man får gått i dybden på et tema man er interessert i. Det er foreløpig flere faktorer som gjør det utfordrende å legge til rette for en slik tilnærming, som blant annet begrenset kompetanse, tid og utstyr for å nevne noen. En av musikkterapeutens hovedoppgaver er å kunne fasilitere bruk av musikk og etterstrebe å følge opp klientens ønsker (MFO, 2017; Rolvsjord, 2010),

som i denne sammenhengen er en workshop. I tillegg finnes det internasjonale føringer om å implementere og utvikle recoveryorienterte praksiser og helsetjenester (WHO, 2005) som viktigjør en praksisnær og brukerinvolvert kunnskapsutviklingen i tråd med en recoveryorientert forståelse (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018). En av fordelene med prosjektet vi har gjennomført er at vi har hatt muligheten til å utforske hvordan vi hadde lyst til å bruke tilbudet. Det kom tidlig frem at det var interessant å bruke et aspekt ved tilbudet som var relativt lite utbredt, nemlig musikkproduksjon og studioinnspilling. Rammene i aksjonsforskning innebærer å arbeide for endring i tillegg til å bruke prosessen til å utvikle ny kunnskap (Malterud, 2011; Reason & Bradbury, 2006; Stige & Aarø, 2012; Stige & McFerran, 2016) og har hovedsakelig mål om å forbedre praksisen en forsker på, i tillegg til at forskningen skal være nyttig for deltakerne mens den pågår. Med utgangspunkt i rammene for aksjonsforskning kunne jeg som musikkterapeutstudent sammen *med* medlemmene, i en likeverdig relasjon, utforske andre måter de kunne tenke seg å bruke musikken på. Gjennom prosjektet utviklet vi en oppfatning om at en workshop i studio var noe alle ønsket, noe de ikke hadde gjort i nevneverdig grad tidligere. Alle medlemmene opplevde at en workshop var svært nyttig for å videreutvikle kompetansen de hadde om studioinnspilling og det pirret en nysgjerrighet for å fortsette med det. En slik workshop resonnerer med en ressursorientert tilnærming som handler om å ta utgangspunkt i og utvikle iboende ressurser (Rolvjord, 2010) samtidig som det kan bidra til å vekke engasjement til videre utforskning og nysgjerrighet om eget helsetilbud (Reason & Bradbury, 2006). På denne måten kan slike prosjekter bidra til å styrke en identitet som musiker fremfor en person med sykdom, både personlig og sosialt (McCaffrey et al., 2018).

På en side kan det tenkes at aktivitetene på musikkoppfølgingstilbudet tar utgangspunkt i musikkterapeutens kompetanse og klientene kan delta i disse aktivitetene. Sett fra en annen side kan eksempelvis dette prosjektet vektlegge en induktiv innfallsvinkel hvor medlemmene skal utforske hvordan de ønsker å bruke musikken fremfor å velge mellom aktivitetene musikkterapeuten tilbyr. På denne måten kan klienten selv legge føringer for musikkterapien basert på egne ønsker (Rolvjord, 2010; Stige & Aarø, 2012). Dette kommer til syne i prosjektet hvor medlemmene ønsket å bruke studio, som var relativt lite brukt. Det kommer frem i begynnelsen av prosjektet at en av medlemmene har dårlig erfaring fra tidligere i studio. Den tidligere opplevelsen var preget av tekniske problemer, tidspress, mangel på

utstyr og kompetanse som økte incentivet for å gjennomføre tiltak for å forbedre opplevelsen av studio. Dette inkluderte blant annet god planlegging og en god innføring fra lydtekniker om hvordan studioet fungerer. Dette er et eksempel på hvordan erfaringene gjennom aksjonsforskning kan fasilitere endringer i praksis og utforske ulike måter å gjøre ting på. På denne måten kan vi finne ut av hvilke metoder som fungerte godt for gruppen og bruke erfaringene til å videreutvikle praksisplassen, samt føre sammen teori og praksis (Reason & Bradbury, 2006). Noe av motivasjonen for prosjektet var å utvikle praksisnær forskning og gi stemmer til uhørte stemmer i samfunnet (Stige & Aarø, 2012, s. 185) slik at tiltak kan igangsettes for å utvikle aktivitetene i musikkoppfølgingstilbud. Sett med økologiske briller kan føringer for praksis fra et eksonivå, i denne sammenhengen utdanningsinstitusjon, ha innvirkning på utøvelse av musikkterapi på mikronivå. Samtidig kan erfaring fra et mikrosystem ha innvirkning på hvilke føringer som ligger til grunn for praksis på eksonivå (Stige & Aarø, 2012).

Kunnskapen fra dette prosjektet kan bidra til å styrke forståelsen av hvordan musikkterapeuter kan møte klienter ved å være åpen for nye arbeidsmetoder. I noen tilfeller kan klienter ønske å gjøre noe musikkterapeuten ikke har tilstrekkelig kompetanse om. Musikkterapiutdanningen bør i lys av dette ta utgangspunkt i hvilke utfordringer musikkterapeuter møter i feltet og gjøre fremtidens musikkterapeuter rustet til å møte ulike behov. Musikkterapeutens rolle kan i denne sammenhengen forstås som en fasilitator og tilrettelegger av musikk (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018; Rolvsjord, 2010; Stige & Aarø, 2012). For å kunne tilrettelegge for eksempelvis bruk av studio er det nødvendig å ha tilstrekkelig kunnskap på de områdene klientene er interessert i å utforske. Innen psykisk helsearbeid og helsevern har det vært vanlig å bruke tradisjonelle bandinstrumenter¹⁰, men etterhvert som teknologi blir mer tilgjengelig viser flere interesse for å jobbe med musikkproduksjon og studioinnspilling. Sett i henhold til musikkterapistudiet er det lite kursing i musikkteknologi, som gjør at musikkterapeuten potensielt må leie inn eksterne ressurser for å dekke behovet. De yrkesetiske retningslinjene for musikkterapi (MFO, 2017) fremmer imidlertid at en musikkterapeut skal holde seg faglig oppdatert, noe som også bør gjelde for musikkterapiutdanningen. Samtidig er det tydelig i retningslinjene at

¹⁰ Basert på evalueringer fra tidligere forskning (Bjotveit, Wormdahl & Tuastad, 2016; Tuastad, Johansen & Østerholt, 2018; Nydal & Ottesen, 2016; Hernæs, 2019).

musikkterapeuten ikke skal gå inn i arbeidsoppgaver hen ikke er kompetent til å møte (MFO, 2017), som i denne sammenhengen kan diskuteres i henhold til kompetanse innen musikkteknologi. Ettersom det er bevilget lite tid til opplæring innen musikkproduksjon og teknologi på musikkterapistudiet legger dette et stort ansvar på den individuelle musikkterapeuten som må gjøre seg kjent med dette området på egen hånd. Dette kan skape stor spredning i kompetansenivå og musikkterapeutens mulighet til å møte klientenes ønsker, som videre kan medføre et ulikt behandlingstilbud på landsbasis.

Nå som jeg har belyst ulike aspekter av musikk som ressurs kommer vi til et siste tema der medlemmene viste særlig engasjement, nemlig psykisk helse.

6.3 Syn på psykisk helse

Stigma og recovery

Personer med samme diagnose kan ha ulike opplevelser og utfordringer knyttet til sin psykiske helse. Medlemmene opplever en tydelig dissonans mellom beskrivelsen av tilbudet og deres opplevelse av tilbudet. Det er fremtredende at det ønskes en beskrivelse av tilbudet som inkluderer de positive sidene i målgruppen, samtidig som den skal skape tillit hos personer som har behov for et slikt tilbud og opplever det trygt å ta kontakt. Det er på en side nødvendig å knytte tilbudet opp mot psykisk helse for å skape rammene som er nødvendig for å ha en forsvarlig praksis, mens det på den andre siden er viktig å sette lys på alle ressursene som også er til stede for å skape et nyansert bilde av målgruppen. En av grunnene til at det er viktig med slike diskusjoner er å forebygge stigma rundt psykisk helse både på mikro- og makronivå (Stige & Aarø, 2012). Det er ikke nødvendigvis positivt å unngå begreper som psykisk lidelse om det er slik en person opplever det, men at beskrivelsen fremmer et helhetlig bilde av personer som har utfordringer med sin psykiske helse uten at ressursene havner i skyggen. Sett i et recoveryperspektiv handler denne prosessen om å bli kjent med og utvikle en identitet utenom sykdommen og styrke et positivt selvbilde (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018).

Det er interessant å se på utviklingen av målgruppebeskrivelsen eksempelvis ved MOT82 etter at Bergen kommune overtok driften. Den originale beskrivelsen av tilbudet var “musikkoppfølgingstilbud for mennesker med psykisk lidelse” (Bjotveit, Wormdahl & Tuastad, 2016; Tuastad, Johansen & Østerholt, 2018). Tilbudet var på den tiden underlagt Helse-Bergen og spesialisthelsetjenesten og skulle fungere som et oppfølgingstilbud etter endt behandling for mennesker som hadde fått tilbud om musikkterapi på DPS. Da Bergen kommune tok over i 2019 endret beskrivelsen seg til “musikkoppfølgingstilbud for mennesker med psykiske utfordringer” (Bergen kommune, 2020) hvor de også inkluderte mennesker som definerer seg i den målgruppen. Det viser seg at musikkoppfølgingstilbudet nå også kan ha en rolle som en forebyggende tjeneste, som kan være i tråd med strategier i samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) ved at det forebygges mer og behandles tidligere. Avdelingen musikkoppfølgingstilbudet er en del av legger imidlertid frem at de ikke etterspør diagnoser og ikke tilbyr terapi, men har fokus på det friske, på deltakernes interesser, ressurser og talent (Bergen kommune, 2020). På den ene siden kan det være en positiv utvikling at man selv kan identifisere seg i målgruppen. Det kan gi et inntrykk av at man ikke har behov for en klinisk utredning og sender heller et signal på at du har en god forståelse av egen livssituasjon (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018; Slade, 2009). Samtidig kan det være heldig for å opprettholde den forebyggende effekten som det har. Det kan også virke avstigmatiserende og avskrekkende å ha utfordringer med sin psykiske helse om det er lett tilgang til slike tjenester. Fokusområder som “det friske” og på deltakernes ressurser og talent resonnerer med et recoveryorientert perspektiv (Anthony, 1993; McCaffrey et al., 2018; Slade, 2009), men ettersom recovery kan assosieres med terapi velger de kanskje å unngå det begrepet. Det er imidlertid interessant at beskrivelsen eksplisitt sier at de ikke tilbyr terapi samtidig som de har ansatt en musikkterapeut.

I samtalen kommer det frem at medlemmene befinner seg under kategorien psykisk lidelse uten at de nødvendigvis opplever at de fremdeles har en lidelse, med særlig trykk på *fremdeles*, og at du er frisk når du kommer til musikkterapien. Dette gir et inntrykk av at de opplever helse som en dynamisk prosess hvor mange faktorer spiller inn, fremfor en statisk opplevelse av symptomer. Musikkoppfølgingstilbudet sin kultur, med fokus på friske sider, kan ha en positiv innvirkning på medlemmenes opplevelse av stigma rundt psykisk helse. Dette kan være særlig viktig ettersom stigma i mange tilfeller kan oppleves som vanskeligere

å håndtere enn selve sykdommen (Anthony, 1993). I lys av recovery vil det være positivt å fremme et nyansert bilde av mennesker med psykiske lidelser eller utfordringer, og inkludere ressursene i større grad for å skape avstand fra sykdommen og dyrke en positiv identitet (Anthony, 1993; McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018; Slade, 2009; Solli, Rølvsjord & Borg, 2013). Diagnosesystemet kan være nyttig for noen for å forstå egen livssituasjon bedre og for å få den hjelpen man trenger, samtidig som det kan være viktig å se livet ved siden av diagnosen (Slade, 2009). Et kontrasterende syn kan være at utelukkende ressursfokus overser ulike utfordringer og kan virke naivt. Likevel kan det rettferdiggjøres i kontekst av et ellers sykdomsfokusert behandlingsapparat innen psykisk helsearbeid (McCaffrey et al, 2018; Rølvsjord, 2010).

Det er tydelig at stigma er en stor barriere innen psykisk helse (Fleiner, 2012). Sett fra et økologisk standpunkt kan økt bevissthet rundt et nyansert bilde av psykisk helse på ekso- og makronivå, som i denne konteksten kan være helseinstitusjoner og det norske samfunn, ha en positiv innvirkning på å forebygge stigma på meso (familie, venner, jobb)- og mikronivå (individ- og gruppenivå) (Stige & Aarø, 2012). I kontekst av denne oppgaven handler det om å utvikle kunnskap rundt musikkterapi i et oppfølgingstilbud og bidra med praksisnær kunnskap om ulike erfaringer og utfordringer innen blant annet stigma rundt psykisk helse til institusjoner og det norske samfunnet. Å gi en stemme til uhørte stemmer i samfunnet resonnerer også med den aktivistiske kvaliteten i samfunnsmusikkterapi (Stige & Aarø, 2012). Til sammenligning trekker også tidligere forskning frem stigma som en sentral del av deltakernes opplevelse når det gjelder psykisk helse (Hernæs, 2019; Nydal & Ottesen, 2016).

I et forsøk på å finne begreper som kan være mer beskrivende for målgruppen møter gruppen på utfordringer. Det viser seg å være utfordrende å lage en god formulering som vektlegger det friske fokuset samtidig som det beskriver målgruppen, uten at det blir stigmatiserende. Beskrivelsen av målgruppen kan være en viktig brikke i etablering av en positiv identitet utenom sykdommen (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018). En forståelse av egen livssituasjon kan føre med seg en ny oppfatning av seg selv hvor man innser at sykdommen kun er en del av deg, ikke hele deg. Det kan spille en stor rolle å kunne utvikle sin musikalske identitet slik at den kan ta større plass i hverdagen enn identiteten som syk (McCaffrey et al., 2018, s. 6). Medlemmene redefinerer målgruppen til å dreie seg om ressurssterke,

inkluderende mennesker. Det kan være positivt at de opplever dissonans med begrepet psykisk lidelse som i seg selv kan tyde på at de ønsker å ta avstand fra den identiteten. Målet er å finne begrep som inkluderer at de er ressurssterke og legger fokus på de friske sidene. I denne identitetsutviklingen redefinerer de seg selv som friske og opplever at “oppfølgingstilbud for mennesker med *psykiske lidelser*” ikke er representativt for hvem de er, hva de gjør og hvilken rolle de har i tilbudet. Søken etter en mer beskrivende tittel på målgruppen kan resonnerer med en ressursorientert tilnærming hvor fokuset skal ligge i ressursene (Rolvsvjord, 2010). Det er viktig å anerkjenne utfordringene som følger, men at fokuset skal ligge på styrkene (McCaffrey et al., 2018; Rolvsjord, 2010).

En annen innfallsvinkel til ressursorientert musikkterapi er å anerkjenne klientens kompetanse relatert til hens terapeutiske prosess (Rolvsvjord, 2010). Dette kan inkludere en anerkjennelse av at de opplever seg selv som ressurssterke personer og at beskrivelsen av tilbudet skal skildre dette bildet. Dette skal kunne bidra til å opparbeide en positiv identitet utenom sykdomsbildet (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018). Som nevnt tidligere har beskrivelsen av tilbudet i Bergen kommune utviklet seg fra “mennesker med psykisk lidelse” til “mennesker med psykiske utfordringer” som inkluderer mennesker i en oppfølgingsfase i tillegg til mennesker som definerer seg inn i målgruppen. Ettersom det inkluderer to målgrupper er det da både et oppfølgingstilbud og et forebyggende tilbud. Ved å legge til en forebyggende målgruppe legges det til rette for recoveryprosessen allerede før første møtet i musikkterapien. Når tilbudet nå inkluderer mennesker som definerer seg inn i målgruppen, kan dette fasilitere for at mennesker tar ansvar for egen velvære og oppsøker hjelp (Slade, 2009). “Empowerment” kan være beskrivende i denne konteksten, hvor det handler om kontroll over eget liv (McCaffrey et al., 2018; Rolvsjord, 2004) gjennom å ville påvirke beskrivelsen av målgruppen.

7 Avslutning

7.1 Oppsummering

I denne oppgaven har medlemmer av et musikkoppfølgingstilbud og jeg utforsket musikkterapi gjennom et aksjonsforskningsprosjekt med en varighet på rundt seks måneder. Fra prosjektets start til slutt har vi utforsket ulike måter å bruke musikken på og utformet prosjektet gjennom en demokratisk prosess. Da prosjektet var gjennomført dokumenterte vi kunnskapen gjennom en lydfestet gruppesamtale. Denne samtalen, supplert med erfaringer fra deltakende observasjon og feltnotater, er kunnskapsgrunnlaget for analysen. Ut fra analysen av kunnskapsgrunnlaget har jeg diskutert hovedtemaene i lys av teori innen recovery og samfunnsmusikkterapi. Jeg vil nå gi en kort oppsummering:

Tilhørighet

I samtalen med medlemmene er det fremtredende at de opplever en sterk tilhørighet til musikkoppfølgingstilbudet, i tillegg til at de opplever seg som medlemmer fremfor deltakere eller brukere. Det kommer også frem at tilbudet kan være en trygg arena å utvikle sin personlige, sosiale og musikalske identitet, som kan være viktig for personer i en overgangsperiode mellom DPS og et selvstendig hverdagsliv.

Musikk som ressurs

Et av medlemmene legger frem at musikkterapien har bidratt til å finne tilbake til musikken ved å gjøre det oppnåelig. Videre kommer det frem at medlemmene er positive til workshops og ønsker å gjennomføre flere, hvor de får utviklet sine eksisterende ressurser og utforsket ulike bruksområder for musikk. Det settes imidlertid spørsmålstegn ved at det er lite fokus på musikkteknologi og produksjon på musikkterapistudiet. Her har aksjonsforskning vist seg å være en nyttig metode for å utvikle kunnskap om hvordan musikkterapi kan videreutvikles, både i utdanningen og i praksis. Det er enighet blant medlemmene at denne utviklingen kan styrke musikkterapeutens evne til å fasilitere for personer som ønsker å utforske dette.

Syn på psykisk helse

Flere av medlemmene forteller at de aldri har opplevd å ha en psykisk lidelse, men heller ulike utfordringer knyttet til sin psykiske helse. De legger frem en dissonans mellom hvordan de opplever tilbudet og hvordan det promoteres. Det er fremtredende at de ønsker at formuleringen av tilbudet skal ha større fokus på deres ressurser for å illustrere et mer nyansert bilde av målgruppen, og forebygge stigma på ulike samfunnsnivå. Det er i tillegg viktig at tilbudet gir et realistisk bilde av målgruppen slik at målgruppen tilbudet er ment for opplever at det er trygt å være der. Det kommer frem at gruppen opplever det som utfordrende å lage en beskrivelse som balanserer ressurser og utfordringer uten at beskrivelsene kan oppleves stigmatiserende.

7.2 Konklusjon

På bakgrunn av diskusjonen av den dokumenterte kunnskapen, belyst av det teoretiske rammeverket og utvalgt litteratur, og forskningsspørsmålet:

Hvordan opplever medlemmer av et musikkterapeutisk oppfølgingstilbud musikkterapi?

vil jeg starte med å konkludere med at medlemmene opplever musikkterapi som et trygt sted hvor de blant annet kan oppleve mestring, bygge relasjoner og utvikle iboende ressurser i et likeverdig fellesskap. Basert på uttalelsene fra medlemmene tilbyr musikkterapi en tilhørighet som inkluderer alle. Dette kan føre med seg at personer som benytter seg av tilbudet opplever seg som medlemmer fremfor deltakere og brukere. Et slikt oppfølgingstilbud som tilbyr et sted å være og har stimulerende aktiviteter kan være særlig viktig for å forebygge psykiske problemer samt være en støtte når problemer har oppstått (Helsedirektoratet, 2013, s. 97-98). Musikkterapi kan være et sted som tilbyr en pause fra stigmatisering i hverdagen, et sted man føler seg frisk og kan bidra til å forebygge tilbakefall. Workshops viser seg å være en stimulerende arbeidsmetode for medlemmene som kan gi et insentiv til videre forskning med en slik arbeidsmetode. Samtidig blir det tydelig at musikkterapistudiet bør legge mer vekt på musikkteknologi og musikkproduksjon for at fremtidige musikkterapeuter bedre skal kunne legge til rette for denne arbeidsmetoden.

Med utgangspunkt i det supplerende forskningsspørsmålet:

Hvordan kan deres opplevelser belyses av teori innen recovery og samfunnsmusikkterapi?

vil jeg konkludere med at teori innen recovery og samfunnsmusikkterapi bidrar med et relevant forståelsesgrunnlag for å belyse medlemmenes opplevelser i musikkterapi. Musikkterapi som et oppfølgingstilbud resonnerer godt med flere kvaliteter innen samfunnsmusikkterapi, som blant annet å fremme sosial deltakelse, ressursutvikling og jobbe med stigmatisering på flere samfunnsmessige nivåer. Det kommer også frem at musikkterapi kan støtte opp under medlemmenes recoveryprosess ved å fasilitere utvikling av personlig, sosial og musikalsk identitet sammen med andre medlemmer og en musikkterapeut.

Som nevnt innledningsvis er musikkterapi innen psykisk helsearbeid et relativt nytt felt og som det kommer frem i dette prosjektet utvikles det stadig flere bruksområder for musikk. For å kunne møte fremtidige menneskers ønsker, behov og utføre evidensbasert praksis er det nødvendig at en musikkterapeut har kompetanse for å imøtekomme dette. Praksisnær forskning på musikkterapi med mennesker i en oppfølgingsfase kan bidra til å utvikle viktig kunnskap og kompetanse som styrker tjenestene for personer med psykiske utfordringer i henhold til opptrappingsplanen til regjeringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Samtidig vil kunnskapsutviklingen bidra til å følge opp WHO sitt uttrykk for mer recoveryorienterte helsetjenester (WHO, 2005).

7.3 Implikasjoner

Kunnskapen som ble generert i denne studien gir inntrykk av at det finnes mange meninger og opplevelser rundt musikkterapi i kommunale tilbud. Jeg opplever at det er behov for å forske mer på området ved blant annet å utvide det teoretiske forståelsesgrunnlaget, flere grupper på ulike stadier, i tillegg til mer langvarige studier.

I første omgang kommer det frem at det har utviklet seg et sosialt fellesskap og trygghet på musikkoppfølgingstilbudet. At menneskene opplever seg som medlemmer som drifter

tilbudet fremfor mottakere av en tjeneste kan forstås som en viktig faktor i en recovery- og en selvstendighetsprosess. Dette er et aspekt som bør anerkjennes av høyere instanser for å gjøre slike tilbud tilgjengelig for mennesker som har ønske og behov for det.

I andre omgang legges det frem at medlemmene er positive til å gjennomføre flere workshops for å kunne gå i dybden i et tema de interesserer seg for. I tillegg kommer det frem at musikkterapistudiet ikke tilbyr tilstrekkelig opplæring innen musikkteknologi og musikkproduksjon. Musikkterapiutdanningen bør vurdere å legge mer vekt på dette aspektet av musikk slik at fremtidens musikkterapeuter innehar en høyere gjennomsnittlig kompetanse rundt musikkteknologi. Dette vil bidra til å tilrettelegge for ressursorientert praksis samtidig som det bidrar til å forebygge at tilbudet om musikkterapi avhenger for mye av den individuelle musikkterapeutens teknologiske kompetanse og interesse.

I siste rekke forteller medlemmene om en dissonans i hvordan de opplever sin livssituasjon og hvilken beskrivelse målgruppen har. For at musikkterapien skal kunne legge til rette for å støtte opp under en recoveryprosess kan det være hensiktsmessig å anerkjenne personens ønske om å redefinere sin helsesituasjon. Gjennom dette prosjektet blir det tydelig at teori innen recoveryperspektivet kan bidra med et forståelsesgrunnlag for musikkterapeutisk praksis, samtidig som det kan bidra til å bygge faglig forståelse med andre faggrupper.

Når et medlem forteller at:

“Jeg fant musikken igjen i musikkterapien og kommer sikkert aldri til å slutte med det”

gir det inntrykk av at musikkterapi kan tilby noe andre behandlingsformer kanskje ikke kan. Musikkterapi i et oppfølgingstilbud innen psykisk helsearbeid kan bidra til å stimulere personlig, sosial og musikalsk vekst og burde være et større satsingsområde enn hva det foreløpig er. Jeg tror musikkterapi som fagfelt har mye å bidra med som en del av en helhetlig helsetjeneste innen psykisk helse og jeg er spent på hva tiden bringer. Som Eystein Hauge forteller i forordet til evalueringsrapporten Evaluering av prosjektet “Musikkterapi”:
“musikkterapi er kommet for å bli og for å videreutvikles” (Dale, 2019, s. 1).

7.4 Kritisk blick på egen forskning

Dette er en kvalitativ studie med mål om å utforske medlemmers opplevelse av musikkterapi i et kommunalt oppfølgingstilbud. Jeg ville utforske dette temaet ved å gjennomføre et aksjonsforskningsprosjekt sammen med medlemmer av musikkoppfølgingstilbudet og bruke fokusgruppeintervju som evaluerende samtale. Dette er en studie som baserer seg på teorigrunnlag som belyser prosjektet fra flere vinkler. En svakhet når man velger en teoretisk ramme for en studie som belyser fenomenet fra én vinkel, er at noe alltid vil havne i skyggen. Videre vil det være mulig å inkludere flere teoretiske perspektiver som kan belyse de skyggelagte områdene. Samtidig blir oppgaven skrevet og bearbeidet av en masterstudent i musikkterapi med egen forforståelse og mål for skrivingen.

I henhold til prosjektet finnes det i første omgang en begrensning i utvalget av deltakere i prosjektet, ettersom det er en sårbar gruppe og et krevende prosjekt. Jeg måtte etablere en gruppe som kunne delta uten at deltakerne ble utsatt for unødvendig stress i henhold til retningslinjene i NESH (2016). Musikkoppfølgingstilbudet oppleves for flere som et sted hvor de får en pause i hverdagen, som jeg ønsker å bevare. En forutsetning for prosjektet var også at deltakerne engasjerte seg i praksisen og ønsket å utvikle tilbudet. Denne studien har et relativt lite utvalg hvor det blir viktig å se den i sammenheng med annen forskning for å kunne danne et helhetlig bilde av feltet. I tillegg ble det kun gjennomført én evaluerende samtale. Innholdet i samtalen den dagen kan være påvirket av blant annet dagsform og hva som opptar deltakerne den uken. Et alternativ kunne vært å gjennomføre flere regelmessige samtaler, der erfaringer og opplevelser underveis kommer tydeligere frem.

Når det gjelder valg av metode kan aksjonsforskning tilby rammer for å utvikle praksisnær kunnskap hvor alle involverte kan ha roller som medforskere. På denne måten kan man prøve ut ulike løsninger sammen og bruke gruppens erfaringer og opplevelser som grunnlag for endringer. Dette forutsetter at gruppen blir inkludert i etableringen, gjennomføringen og evalueringen av prosjektet. En kritikk til aksjonsforskning er at metodens vitenskapelige status er preget av uklarheter og uenigheter, og at man som forsker kan ha en innvirkning på kunnskapsutviklingen og prosessen. Det er også en utfordring at subjektivitet og situert

kunnskap ikke er repliserbart, som gjør prosjektet vanskelig å gjenskape i andre kontekster. Det må være opp til leseren å vurdere om kunnskapen fra dette prosjektet vil være relevant i sin kontekst.

Gjennom dette aksjonsforskningsprosjektet har vi utforsket praktiske løsninger og kunnskap som kan være nyttige for medlemmene av musikkoppfølgingstilbudet. Musikkterapi i et kommunalt oppfølgingstilbud er et relativt nytt felt. Det kan være viktig å ta i bruk ressursene som er tilgjengelig og inkludere målgruppen i utviklingen av feltet. Jeg har lært mye gjennom dette prosjektet og utforsket musikalske bruksområder som det ikke legges nevneverdig fokus på under musikkterapistudiet. Slike aksjonsforskningprosjekter kan bidra med praksisnær kunnskap og gi en pekepinn om hvordan musikkterapi kan videreutvikles innen psykisk helsearbeid.

8 Litteraturliste

- Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (2009). *Reflexive methodology: New vistas for Qualitative research* (2. utg). London: Sage.
- Ansdell, Gary. (2002). Community Music Therapy & The Winds of Change. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2. 10.15845/voices.v2i2.83.
- Ansdell, G. & Pavlicevic, M. (2004). *Community music therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ansdell, G. (2014). *How music helps in music therapy and everyday life*. Farnham: Ashgate.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. doi:10.1037/h0095655.
- Bergen kommune. (2020). *Kunst, kultur og psykisk helse*. Hentet 4.3.2020 fra <https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/kultur-idrett-og-fritid/fritid/tilrettelagt-fritid/kunst-kultur-og-psykisk-helse-kkph>.
- Bjerkan, A. M. & Leiknes, K. A. (2016). *Forskning om behandling med musikkterapi uten samtidig behandling med antipsykotiske legemidler (legemiddelfri behandling) til pasienter med psykoselidelser*. Litteratursøk. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Bjotveit, A., Wormdahl, E. D. & Tuastad, L. (2016). *Evaluering av prosjektet MOT82*. Bergen: Helse Bergen.
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling. *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*, 4. Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2012). *Kvalitative metoder: Empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. USA: Harvard University Press.
- Dale, R. (2014). *Evaluering av prosjekt "musikkterapi"*. Kompetansesenter rus - Region vest Bergen, Stiftelsen Bergensklinikkene.

- Dale, R. (2019). *Brukererfaringer; evaluering av musikkterapi ved Bergensklinikken*. Kompetansesenter rus - Region vest Bergen, Stiftelsen Bergensklinikkene.
- Dale, R., Kielland, T., Stige, B. & Trondalen, G. (2015). *Musikkterapi, rus og psykisk helse-brukererfaringer*. Rusfag: Temamagasin for regionale kompetansesentre nr. 2.-2015. Regionale kompetansesentre Rus (KoRus).
- Fleiner, R., L. (2012). *Stigma største barriere*. Nasjonalt kompetanse for psykisk helsearbeid. Hentet 5.3.2020 fra <https://www.napha.no/content/13228/-Stigma-storste-barriere>.
- GAMUT. (2016). *MOT 82 - Musikkoppfølgingstilbud for menneske med psykisk lidning*. Griegakademiets senter for musikkterapiforskning. Hentet 5.3.2020 fra <https://www.uib.no/fg/gamut/101230/mot-82-%E2%80%93-musikkoppf%C3%B8lgingstilbud-menneske-med-psykisk-liding>.
- GAMUT. (2019). *Musikkterapi og psykisk helse*. Griegakademiets senter for musikkterapiforskning. Hentet 4.3.2020 fra <https://gamut.w.uib.no/kunnskapsbeskrivelser/musikkterapi-og-psykisk-helse/>.
- Ghetti, C. (2016). Performing a family of practices: Developments in community music therapy across international contexts. *Music Therapy Perspectives*, 34(2), 161–170, <https://doi.org/10.1093/mtp/miv047>.
- Gold C., Solli, H. P., Kruger, V. & Lie, S. A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 193-207. doi: 10.1016/j.cpr.2009.01.001.
- Halås, M. (2019). *Musikkterapeuter som profesjonsgruppe i Norge: En kartleggingsundersøkelse av musikkterapeuter som er medlem i Norsk forening for musikkterapi sin utdanning, arbeidsfelt og tilsettingsforhold*. (Masteroppgave, Universitetet i Bergen). Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/20905>.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (1999). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. (St.prp.nr. 63 (1997-98))*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprpnr-63-1997-98-.html?id=201915>.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid (St. Meld. 47 (2008-2009))*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.

- Helsedirektoratet. (2013, 1. juli). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>
- Helsedirektoratet. (2014, 28. februar). Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2015, mai). Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf/_/attachment/inline/2784807c-b441-4137-a3a1-61fff9f8836a:75040e04f7107e9eec48b8d9fada6ad1866dc7a4/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf
- Helsedirektoratet. (2016, 24. januar 2017). Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Hernæs, T. (2019). *Fra musikkterapibasert band til selvstendig virksomhet gjennom en tretrinnsmodell: En kvalitativ studie av bandgrupper ved et musikkoppfølgingstilbud innen psykisk helsearbeid*. (Masteroppgave, Universitetet i Bergen). Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/21174>.
- Heron, J. & Reason, P. (2006). The practice of co-operative inquiry: Research “with” rather than “on” People. I Reason, P. & Bradbury, H, *The handbook of Action Research* (s. 144-154). London: Sage.
- Johansson, K. (2017). Mellom hermeneutikk og fenomenologi - et essay i vitenskapsteori. *Norsk forening for musikkterapi*, 2. Hentet fra <https://www.musikkterapi.no/2-2016/2017/1/19/mellom-hermeneutikk-og-fenomenologi-et-essay-i-vitenskapsteori>.
- Krogh, T. (2017). *Hermeneutikk: Om å forstå og fortolke* (2. utg.). Oslo: Gyldendal

akademisk.

- Kielland, T. (2015). *Musikkterapi i kommunalt rusarbeid*. Sykehuset innlandet HF, Divisjon psykisk helsevern. Kompetansesenter rus - Region øst.
- Kielland, T. & Taihaugen, M. (2018). *Musikkterapi i kommunalt rusarbeid*. Sykehuset innlandet HF, Divisjon psykisk helsevern. Kompetansesenter rus - Region øst.
- Kielland, T. & Selbekk, A. S. (2019). *Musikkterapi: Erfaringer med implementering av musikkterapi i rus- og psykisk helsearbeid i Sandnes Kommune*. KoRus Vest Stavanger.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Matney, B. (2018). A Knowledge Framework for the Philosophical Underpinnings of Research: Implications for Music Therapy. *Journal of music therapy*, 56, 1-29. doi:10.1093/jmt/thy018.
- McCaffrey, T., Carr, C., Solli, H. P. & Hense, C. (2018). Music Therapy and Recovery in Mental Health: Seeking a Way Forward. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 18(1). doi.org/10.15845/voices.v18i1.918.
- Musikernes FellesOrganisasjon (CREO, tidligere MFO). (2017, 12. juni). *Yrkesetiske retningslinjer for musikkterapeuter*. Hentet fra <https://www.musikkterapi.no/nyheter/2019/2/5/musikernes-fellesorganisasjons-yrkesetiske-retningslinjer-for-musikkterapeuter>.
- Mössler, K., Chen, X., Heldal, T., & Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. doi: 10.1002/14651858.CD004025.
- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv Del 1: Voksne. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet 01.11.19 fra https://www.researchgate.net/profile/Ann_Knudsen/publication/38184936_Psykiske_lidelser_i_Norge_Et_folkehelseperspektiv/links/0912f507e836c822f9000000.pdf.
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). (2018, 20. september). Recovery. Hentet fra <https://www.napha.no/content/13883/Recovery>.
- den Nasjonale Forskningsetiske Komité For Samfunnsvitenskap og Humaniora (NESH).

- (2016, April). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (4. utg). Hentet fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf.
- Nydal, K. A. og Ottesen, M. G. (2016). *Eg føler at musikken har redda meg egentleg: Ein kvalitativ studie om deltakarane si oppleving av eit musikkterapeutisk oppfølgingsprosjekt i psykisk helsearbeid i Norge*. (Masteroppgave, Universitetet i Bergen). Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/12799>.
- Nylund, B. & Benestad, E. E. P. (2014). Hen. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 13. mars 2020 fra <https://sml.snl.no/hen>.
- Park, P. (2006). Knowledge and Participatory Research. I Reason, P. & Bradbury, H. *The handbook of Action Research* (s. 83-93). London: Sage.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Reason, P. & Bradbury, H. (2006). *The handbook of Action Research*. London: Sage.
- Rolvjord, R. (2004). Therapy as empowerment. Clinical and political implications of empowerment philosophy in mental health practises of music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13, 99–111. doi:10.1080/08098130409478107.
- Rolvjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I Trondalen, G & Ruud, E (red.) *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi* (s.123-137). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Rolvjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Gilsum: Barcelona.
- Rolvjord, R. (2019). *Tilbake til sosial deltakelse med musikkterapi*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Hentet fra <https://www.napha.no/content/23296/Tilbake-til-sosial-deltakelse-med-musikkterapi>
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling: Teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Oslo: Solum.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I Trondalen, G & Ruud, E (red.) *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi* (s. 5-28). Oslo: NMH-publikasjoner.

- Ruud, E. (2010). *Music therapy: A perspective from the humanities*. Gilsum: Barcelona.
- Rønningen, A. K. (2019). *Musikkterapi gjør en forskjell, viser ny rapport*. Hentet fra <https://www.napha.no/content/23542/Musikkterapi-gjor-en-forskjell-viser-ny-rapport>
- Semb-Johansson, A., Hjermand, D. Ø. & Ratikainen, I. I. (2019). Økologi. *I Store Norske Leksikon*. Hentet 15. desember 2019 fra <https://snl.no/økologi>
- Slade, M. (2009). The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health, 18*(5), 367-371. doi:10.3109/09638230903191256
- Solli, H. P. (2008). "Shut up and play!" Improvisational use of popular music for a man with schizophrenia. *Nordic Journal of Music Therapy 17*(1), 67-77. doi:[10.1080/08098130809478197](https://doi.org/10.1080/08098130809478197)
- Solli, H. P. (2009). Musikkterapi som integrert del av standard behandling i psykisk helsevern. I Ruud, E (red.), *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge* (s. 15-36). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Solli, H. P. (2012). Med pasienten i førersetet: Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid. *Musikkterapi i psykiatrien online, 7*, 23-44. doi:10.5278/ojs/mipo/2edleel2
- Solli, H. P. (2014). *The groove of recovery: A qualitative study of how people diagnosed with psychosis experience music therapy*. (Doktoravhandling, Universitetet i Bergen). Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/8753>.
- Solli, H. P. (2015). Battling illness with wellness: a qualitative case study of a young rapper's experiences with music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy, 24*(3), 204-231. doi:10.1080/08098131.2014.907334
- Solli, H. P. & Rolvsjord, R. (2008). Musikkterapi som behandlingstilbud for pasienter med psykose. *Musikkterapi, 3*, 8-16.
- Solli, H. P. & Rolvsjord, R. (2014). "The opposite of treatment": a qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy, 24*(1), 67-92. doi: 10.1080/08098131.2014.890639
- Solli, H. P., Rolvsjord, R., & Borg, M. (2013). Toward Understanding Music Therapy as a Recovery-Oriented Practice within Mental Health Care: A Meta-Synthesis of Service Users' Experiences. *Journal of Music Therapy, 50*(4), 244-273. <https://doi.org/10.1093/jmt/50.4.244>

- Steffensen, S. E. (2018, 29. oktober). *Musikkterapi i medvind*. Hentet fra <https://www.napha.no/content/20629/Musikkterapi-i-medvind>
- Steffensen, S. E., Fleiner, R. L. & Sæther, W. H. (2016, 3. mai). *Krafftak for musikkterapi*. Hentet fra <https://www.napha.no/content/20634/Krafftak-for-musikkterapi>
- Stige, B. (2002). *Culture-centred music therapy*. Gilsum: Barcelona publishers.
- Stige, B. (2003). *Elaborations toward a Notion of Community Music Therapy*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo.
- Stige, B. (2006). On a notion of participation in music therapy. *Nordic Journal of music therapy*, 15(2), 121-138. doi.org/10.1080/08098130609478159
- Stige, B. (2008). Samfunnsmusikkterapi – mellom kvardag og klinikk. I Trondalen, G & Ruud, E (red.), *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi* (s. 139-159). Oslo: NMH-publikasjoner
- Stige, B. & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to community music therapy*. New York: Routledge.
- Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2009). Toward and agenda for evaluation of qualitative research. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1504-1516. doi:[10.1177/1049732309348501](https://doi.org/10.1177/1049732309348501)
- Stige, B., Ansdell, G., Elefant, C. & Pavlicevic, M. (2010). *Where music helps. Community music therapy in action and reflection*. Farnham, Uk: Ashgate publishing.
- Stige, B. & McFerran, K. (2016). Action Research. I Wheeler, B (red.), *Music Therapy Handbook* (s. 689-706). New York: Guilford Publications.
- Stige, B., Schmid, W., Solli, H. P. & Trondalen, G. (2019). *Utredning av muligheter for spesialistutdanning i musikkterapi*. Bergen/Oslo.
- Tande, K. M. (2009). Lydfesting. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 25. mai fra <https://snl.no/lydfesting>
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg). Oslo: Gyldendal.
- Tuastad, L. (2014). *Innanfor og utanfor : rockens rolle innan kriminalomsorg og ettervern*. (Doktoravhandling, Universitetet i Bergen). Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/8829>.
- Tuastad, L. (2016). *Utan terapeut - MOT82 UT i lokalsamfunne*. Kan finnes på <https://www.dam.no/prosjekter/utan-terapeut-mot82-ut-i-lokalsamfunne/>
- Tuastad, L. (2019). *Sluttrapport - Utan terapeut - MOT82 UT i lokalsamfunne*.

- Bergen: Rådet for psykisk helse.
- Tuastad, L. & Finsås, R. R. (2008). *Jeg fremfører, altså er jeg: en studie av deltakernes opplevelser i to rockeband tilknyttet musikktilbudet "Musikk i fengsel og frihet"*. (Masteroppgave, Universitetet i Bergen). Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/7135>
- Tuastad, L., Johansen, B. & Østerholt, A. L. (2018). *Bruker spør bruker - Evaluering av prosjektet MOT82*. Bergen: Helse Bergen, Bjørgvin DPS.
- World Health Organization. (2005). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43286>
- Øvernes, L. A. (2019). *Medikamentfrie behandlingsforløp for personer med psykoselidelser. Erfaringer fra pilotprosjektet i Helse Bergen*. Bergen/Stavanger: Helse Bergen HF/Helse Vest RHF. Hentet fra: <https://helse-bergen.no/seksjon/Medikamentfri%20behandling%20psykisk%20helsevern/Documents/Medikamentfrie%20behandlingsforl%C3%B8p%20sluttrapport.pdf>
- Zawadzka P. A. (2019) Stigmatisere. *I Store Norske Leksikon*. Hentet 25. mai 2020 fra <https://snl.no/stigmatisere>).

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Innledning

1. Kan du fortelle litt om deg selv og litt om bakgrunnen for at du deltar i dette musikktilbudet?
 - a. Hvor lenge har du spilt musikk?
 - b. Hvilken rolle har musikk i livet ditt?

Generell opplevelse av tilbudet

2. Hvilken rolle spiller musikkoppfølgingstilbudet og musikkterapi i hverdagen ditt?
3. Hvordan opplever du å være her, å delta i musikktilbudene her på huset?
4. Føler du at du får utviklet ressursene dine her?
5. Kan musikktilbudet ha en overføringsverdi til andre aspekter i hverdagen?

Sosialt aspekt

6. Hva tenker du om det sosiale ved å være her?
7. Hvordan har det vært å jobbe i studio?
 - a. Hvordan opplever du å spille og lage musikk sammen med andre?
8. Hvordan opplever du å spille konsert?
 - a. Hva liker du, hva liker du ikke

Forbedringspotensiale

9. Synes du at tilbudet møter hva du kan tenke deg å gjøre?
 - a. Er det noen aspekter ved tilbudet du savner eller skulle hatt mer av?
 - b. Noe som ikke fungerer?
10. Synes du at musikkterapi burde være en del av et oppfølgingstilbud?

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

NSD sin vurdering

Prosjektittel

“Jeg fant musikken igjen i musikkterapien og kommer sikkert aldri til å slutte med det”:

Medlemmers opplevelse av musikkterapi i et kommunalt oppfølgingstilbud i Norge

Referansenummer

445649

Registrert

23.09.2019 av Marcus de Bruyn Trzebinski - Marcus.Trzebinski@student.uib.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Lars Tuastad, Lars.Tuastad@uib.no, tlf: 45488282

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Marcus Trzebinski, mdbtrz@gmail.com, tlf: 48138528

Prosjektperiode

01.09.2019 - 20.06.2020

Status

05.11.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

05.11.2019 - Vurdert

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 05.11.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD.

Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2020.

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 nr. 11 og art. 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 uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

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 viderebehandles 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 som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Gry Henriksen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)