



MUSIKKTERAPEUTERS ERFARINGER
MED BRUKERMEDVIRKNING I
PSYKISK HELSEARBEID
En kvalitativ intervjuundersøkelse

Erlend Daaland Wormdahl



Masteroppgave i musikkterapi
Griegakademiet – Institutt for musikk
Universitetet i Bergen
Våren 2017

Abstract

Music therapists' experiences of user-involvement in mental health service provision: A qualitative interview study

This master's thesis in music therapy is a study that explores music therapists' experiences of user involvement at different times in the therapeutic process and at different levels in the work context. This study is based on a variety and breadth among three music therapists with different institutional affiliation and practices. The study intends to explore how music therapists facilitate user- involvement on an individual level and on a system level. The study is based on theoretical perspectives such as personal recovery, resource-oriented music therapy, and other general theories of user involvement in mental health. Three individual interviews were conducted with the music therapists, where the findings show a breadth in experience of user involvement at the individual level, and greater variation in experience with user involvement on the system level. The music therapists' experiences highlight how users are involved in allocation, therapy, evaluation, and what factors in the workplace that promote and inhibit user involvement.

Forord

Da er fem år på musikkterapistudiet over, og tiden som student er forbi. Dette har vært en krevende og lærerik prosess for meg. Jeg ønsker å rette takk til betydningsfulle mennesker som i denne tiden som har hjulpet meg på veien mot tittelen som musikkterapeut.

Jeg vil først takke informantene mine for meget opplysende samtaler. Jeg ser opp til deres arbeid som musikkterapeuter, og setter derfor stor pris på å få kunnskap om deres arbeidshverdag.

Tusen takk til min dyktige veileder, professor Randi Rolvsjord, for all faglig veiledning. Du har svart meg kjapt på mailer og møtt meg med ærlighet og forståelse.

Takk til Marie for lesing av korrektur. Du gjorde et godt stykke arbeid for meg ved å lese og rette språk.

Jeg retter også en stor takk til klassekameratene mine for god støtte og gode diskusjoner.

Til sist vil jeg takke alle venner og familie for all støtte jeg har fått!

Erlend Daaland Wormdahl – Mai 2017

Innholdsfortegnelse

<i>Abstract</i>	2
<i>Forord</i>	3
Innledning	6
<i>Personlig bakgrunn for valg av tema</i>	6
<i>Kontekst</i>	6
<i>Litteraturgjennomgang</i>	8
<i>Problemstilling</i>	10
<i>Terminologi og avgrensning</i>	11
<i>Disposisjon</i>	12
Teori	13
<i>Recovery: en teoretisk begrunnelse for brukermedvirkning</i>	13
<i>Perspektiv på brukermedvirkning i musikkterapi</i>	15
<i>Ulike former brukermedvirkning</i>	18
<i>Utfordringer med brukermedvirkning</i>	20
Metode	23
<i>Kvalitativt forskningsdesign</i>	23
<i>Datainnsamlingsmetode</i>	25
<i>Deltakere</i>	26
<i>Forberedelser</i>	27
<i>Gjennomføring av intervju</i>	28
<i>Transkribering</i>	28
<i>Analysemetode</i>	29
<i>Refleksivitet og etikk</i>	30
Presentasjon av funn	32
<i>Hvordan involveres brukere i tildeling av musikkterapi</i>	32
<i>Brukermedvirkning i musikkterapitimene</i>	37
<i>Hvordan brukere involveres i evaluering av musikkterapi</i>	41
<i>Faktorer på arbeidsplassen som hemmer og fremmer brukermedvirkning</i>	45
Diskusjon	49
<i>Brukermedvirkning på individnivå</i>	49
<i>Brukermedvirkning på systemnivå</i>	52
<i>Potensialer og Utfordringer</i>	53

<i>Studiens begrensninger</i>	56
<i>Implikasjoner for praksis</i>	56
Avslutning	58
Litteraturliste	60
Vedlegg 1	63
<i>Intervjuguide</i>	63
Vedlegg 2	65
<i>Kvittering fra NSD</i>	65
Vedlegg 3	66
<i>Informasjonsskriv og Samtykkeerklæring</i>	66

Innledning

Denne masteroppgaven tar for seg hvordan musikkterapeuter som jobber innen psykisk helsearbeid tilrettelegger for brukermedvirkning. For å få vite mer om deres erfaringer med dette, har jeg gjennomført intervju med tre musikkterapeuter som jobber ved ulike typer institusjoner innen psykisk helsearbeid. Formålet med denne studien er å utvikle kunnskap om brukermedvirkning i musikkterapeutisk praksis i psykisk helsearbeid.

Personlig bakgrunn for valg av tema

Min motivasjon for dette temaet kommer fra egne erfaringer i praksis gjennom studiet. Jeg opplevde det som betydningsfulle erfaringer, og jeg så verdien av medbestemmelse og medvirkning. Å være praksisstudent gav meg et innblikk i begge parter opplevelser, altså musikkterapeutens og brukerens perspektiv. Disse verdiene var ikke kun tilknyttet brukerens bedringsprosess, men også musikkterapeuten og den refleksiviteten og kunnskapen som tilegnes i en likeverdig relasjon. Jeg opplevde at dette innebar kunnskap om myndiggjøring av brukere og de ulike konsekvensene det har. Samtaler med brukere og musikkterapeuter om brukermedvirkning har vært et viktig utgangspunkt for min forståelse av dette begrepet, ikke bare som et teoretisk begrep, men også for å få et innblikk i hvordan en teoretisk forståelse styrer våre handlinger i praksis. Det er disse praksisnære opplevelsene og erfaringene som motiverer meg når jeg skriver om dette. Samtidig som jeg ser verdien av brukerperspektivet, ser jeg også en verdi i å flytte fokuset på musikkterapeuters syn på brukermedvirkning, og jeg er derfor interessert i hva musikkterapeuter gjør for å involvere brukere i musikkterapi.

Kontekst

Musikkterapi i psykisk helsearbeid blir mer og mer anerkjent som fagfelt. Forskning på dette fagfeltet har økt i omfang, og er variert i type forskningsdesign. Alt fra kasusstudier (Rolvsvjord, 2014, 2015; Solli, 2014a) til randomiserte kontrollerte studier (Gold et al., 2013), meta-analyser og systematiske gjennomganger (Gold, Solli, Krüger, & Lie, 2009; Mössler, Chen, Heldal, & Gold, 2011). I 2013 ga helsedirektoratet musikkterapi høyeste gradering og evidensnivå i retningslinjene for behandling av psykoselidelser. Brukermedvirkning gis i retningslinjene høyeste gradering (A), men på laveste evidensnivå (4): ”Behandlingen og oppfølgingen av pasienter/brukere bør baseres på deres egne valg og prioriteringer og bidra til økt mestring og deltagelse i samfunnet” (Helsedirektoratet, 2013, s. 22). At evidensnivået er på 4 innebærer at kunnskapen kommer fra rapporter, eller at andre bygger på eksperter

erfaringer. Høyeste gradering (A) innebærer at det er kunnskap som trenger mer støtte fra større studier som systematiske oversikter, meta- analyser og randomiserte kontrollerte studier. Ut ifra denne påstanden kommer poeng som ”valg” og ”ønsker” frem som viktige for brukeren selv og for samfunnet for øvrig. Det skrives at opptrappingsplanen for psykisk helse fra 2006 er et viktig intervensjonsprogram for å øke helsepersonells og brukeres kompetanse om brukervedvirkning. Når brukeren opplever å bli tatt på alvor, fungerer det i tråd med den overordnede målsetningen for brukervedvirkning, som er fastsatt i opptrappingsplanen. Å utforske brukerperspektivet i større kvantitative studier er ikke helt uproblematisk. Dette vil jeg komme tilbake til når jeg redegjør for utfordringer ved brukerperspektivet og brukervedvirkning i teorikapittelet.

Brukervedvirkning i psykisk helse er viktig for samfunnet for øvrig, noe som kommer frem i opptrappingsplanen for psykisk helsefeltet fra 2006 (Larsen, Nordal, & Aasheim, 2006), der det står at brukervedvirkning ikke er forvaltet på en tilstrekkelig måte. I rapporten beskrives brukervedvirkning på individnivå, systemnivå og politisk nivå. På individnivå dreier det seg om at brukeren får innflytelse over tjenestetilbudene han benytter. På systemnivå innebærer det at de er med i planleggings- og evalueringsprosesser der det skapes en likeverdig relasjon og samarbeid. På et politisk nivå innebærer brukervedvirkning at brukerorganisasjoner blir med i politiske prosesser før beslutninger tas. I rapporten beskrives brukervedvirkning som en rettighet.

Synet på brukervedvirkning på individ- og systemnivå fremmes også i helsedirektoratets retningslinjer for behandling av psykose. Det beskrives slik:

”Brukere og pårørende har reell innflytelse på utformingen av tjenestene både på individuelt nivå og på systemnivå. Brukeres erfaringer med og forståelse av psykiske lidelser er en del av den faglige forståelsen av psykiske lidelser og gjenspeiles i anbefalinger av tiltak/behandlingsveiledere.” (Helsedirektoratet, 2013, s. 23)

Her kommer det frem at brukeren skal ha innvirkning på beslutningsprosesser angående utforming av tjenestene. Det skrives at ulike intervensjonsprogrammer kan benyttes for å øke helsepersonellens kunnskap om brukervedvirkning. Denne anbefalingen får nest høyeste gradering (B) og er på nest laveste evidensnivå (3).

Litteraturgjennomgang

I denne studien har temaet brukervedvirkning i psykisk helse i musikkterapi vært aktuelt å utforske. Det er flere synonymer til brukervedvirkning som blir utforsket på ulike måter i musikkterapilitteraturen. Jeg gjorde derfor søkene brede (Malterud, 2011), for å fange opp tekster som bruker og diskuterer synonymene til brukervedvirkning. Dette gjorde jeg for å bidra til å nyansere brukervedvirkning som et begrep og fenomen. Jeg gjorde et søk etter relevant litteratur i databaser som Oria, Psykinfo, Pubmed, Rilm, og Social Science Index. Jeg har også funnet relevante tekster gjennom samtale med veileder og andre medstudenter. Jeg tok også et søk i journalen *Nordic journal of music therapy and voices* for å kvalitetssikre søket. Jeg brukte søkeord som *music therap**, *mental health*, *user- involvement*, *consumer- involvement* og *user perspective*. Det gjorde at jeg fant fire artikler fra ulike tidsskrift, og tre fra en doktoravhandling. Søkeresultatet omfattet tekster på norsk og engelsk som diskuterte brukervedvirkning, og som fokuserte på brukeres perspektiv på brukervedvirkning i psykisk helse. Videre vil jeg presentere den aktuelle litteraturen.

To studier av Rolvsjord (2014; 2015) utforsker brukeres perspektiv på eget bidrag i musikkterapi og de implikasjoner det har for hverdagen. Rolvsjord belyser dette temaet blant annet gjennom bruk av det engelske sosiologiske begrepet *agency*. I to artikler fra Sollis doktoravhandling (Solli, 2014a; Solli & Rolvsjord, 2015) fremmes musikkterapi som en del av recovery-orientert praksis i psykisk helse. Dette utforskers igjennom brukers perspektiv på egen deltakelse i musikkterapi og hvordan det kan bidra til egen bedringsprosess. I en artikkel av Baines (2003) beskrives utformingen av et brukerstyrt musikkterapiprogram der det ble arrangert åpne musikkgrupper. Hense (2015) redegjør for brukers innflytelse på utformingen av et musikkterapiprosjekt. I litteraturen brukes flere termer synonymt for brukervedvirkning, både som et begrep og som et fenomen. Artiklene Solli (2014a) og Solli & Rolvsjord (2015) vil inngå i teorikapittelet og utdypes nærmere der.

Baines (2003) skriver om utviklingen av et musikkterapiprogram som foregikk over åtte uker. Gruppen var helt åpen, noe som innebar at deltakerne kunne komme og gå som de ville og at det ikke var noe kriterium for å delta. For å evaluere prosjektet ble det brukt et spørreskjema som ble utarbeidet i felleskap med brukerne og behandlet av musikkterapeuten. Funnene var at brukerne var positive til musikkgruppen, de følte at gruppen møtte deres sosiale behov og

at det var en plass for å slappe av. Baines skriver at utviklingen av denne gruppen kan sees i lys av feminismen og empowerment- filosofien.

Hense (2015) redegjør for andre fase av et deltakende forskningsprosjekt, *The Youth Music Action Group* (YMAG), for ungdom med psykiske lidelser. Prosjektet hadde som hensikt å utforske ungdommers musikalske identitet i deres bedringsprosess. Andre fase fokuserte på hvilke typer tjenester som er viktige for å bidra til ungdommers bedringsprosess. Etter å ha samlet inn data fant hun at det var ikke gode nok tilbud i nærmiljøet til ungdommene, som imøtekom ungdommenes behov. Hun identifiserte altså et gap mellom ungdommenes udekkede behov og helsepersonellens entusiasme. Dette gapet innebærer en kommunikasjonssvikt og en manglende bevissthet rundt ungdommers behov. YMAG-prosjektet ble derfor utført i ungdommenes lokalmiljø, der de kunne delta i et felleskap og knytte kontakter. I deltakende forskning er deltakerne ansett som med- forskere, men Hense skriver at ungdommene i YMAG- prosjektet valgte å fungere som et rådgivende panel der de ga tilbakemeldinger og ideer. Hun ville ungdommene skulle ha innvirkning på utformingen av musikkprosjektet, og knytte mest mulig meningsfulle kontakter i lokal samfunnet. Hense relaterer dette til teoretiske perspektiver som personlig recovery i musikkterapi og samfunnsmusikkterapi, og hun anså *samarbeid* (partnership, collaboration) og en *likestilling* (equality) mellom de ulike rollene som sentralt i organiseringen av prosjektet. I avslutningen av artikkelen skriver Hense at prosjektet var et steg i retning av sosial rettferdighet i lokalsamfunnet for ungdom med psykiske lidelser.

Rolvsgjerd (2015) utforsker brukeres syn på eget bidrag til den terapeutiske relasjonen, og dette knyttes til et kryss- kontekstuellet perspektiv i forståelsen av terapeutiske prosesser. Hun mener en god relasjon innebærer like mye om brukerens bidrag til relasjonen, som terapeutens evne til å støtte opp under relasjonen til brukeren. Forskning på fellesfaktorer (common-factors) i terapi dokumenterer en rekke effektive faktorer som viser seg å være utslagsgivende for terapien, deriblant relasjonen, klientens deltakelse og terapeutens intervensjoner. Forskning på den terapeutiske relasjonen identifiserer aspekter ved terapeutens bidrag, altså hva terapeuten kan gjøre for å fremme klientens deltakelse. Rolvsgjerd's innfallsvinkel er at gode relasjonelle kvaliteter innebærer like mye å se hva klienten gjør, som å utvikle ferdigheter for å støtte relasjonen til klienten. Hun fremmer altså brukerens deltakelse og bidrag samt terapeutens bidrag og støtte til en relasjon bygget på likeverd og respekt. Den likeverdige relasjonen forblir viktig i en kontekst der det har vært en tradisjon for en ujevn

maktbalanse mellom terapeut og klient. Det Rolvsjord belyser er klientens forpliktelse og bidrag til den terapeutiske relasjonen, ved å spørre seg hva som er klientens bidrag og hva som er de relasjonelle implikasjoner av disse. Hun belyser dette ved å vise til fem episoder av klientenes bidrag til den terapeutiske relasjonen, som illustrerer temaer som; å oppnå noe sammen som et band, følelsen av å være medlemmer i et band, gjensidig respekt, turtaking i valg av sanger og å motvirke ikke-likeverdige roller.

Rolvsjord (2014) utforsker brukerinvolvering fra brukeres perspektiv ved å spørre hva brukere gjør for å få terapi til å virke. Hun bruker gjennomgående det sosiologiske begrepet *agency* om brukeres selvstendighet, bidrag og medvirkning. Hun utforsker brukeres bidrag og engasjement (*agency*) i timene og i kryss-kontekstuelle dimensjoner, altså i musikkterapitimene og i hverdagslige situasjoner. Følgende tema ble identifisert: initiativtaking, å utøve kontroll i timene, en forpliktelse til relasjonen og kryss-kontekstuell engasjement. Hun utforsker dette på bakgrunn av ulike fagkritiske perspektiver som empowerment- filosofien, feministiske perspektiver, samfunnsmusikkterapi og recovery-perspektivet. Rolvsjord ser på brukerinvolvering i den terapeutiske prosessen som en lovfestet menneskerettighet som i stor grad baserer seg på forskning fra common-factors forskningen. De to ulike synene er ikke helt i overensstemmelse, da menneskerettighetene i liten grad stiller spørsmål ved ideen om terapi, og common- factors-forskningen gjør dette i stor grad.

Oppsummert kan man si at forskning på brukermedvirkning i musikkterapien fokuserer på brukeres perspektiv, og helsegevinsten det har for brukeres bedringsprosesser. Det fokuseres på at brukermedvirkning er en rettighet, og at brukermedvirkning i den terapeutiske prosessen påvirker brukernes hverdagsliv. Jeg opplever at det er et manglende fokus på musikkterapeuters perspektiv på brukermedvirkning i psykisk helse, og på deres erfaringer med brukermedvirkning.

Problemstilling

Formålet med denne studien er å utvikle kunnskap om brukermedvirkning i musikkterapeutisk praksis i psykisk helsearbeid. Målet med studien er å kunne bidra til å fremme brukermedvirkning i implementeringen av musikkterapi. Jeg vil belyse følgende hovedproblemstilling:

Hvordan tilrettelegger musikkterapeuter for brukermedvirkning?

Jeg vil besvare hovedproblemstillingen ved hjelp av to underproblemstillinger:

- 1) Hvordan foregår brukermedvirkning i musikkterapitimene?
- 2) I hvilken grad og hvordan involveres brukere i bestemmelser om musikkterapi på ulike nivå i institusjonen?

Terminologi og avgrensning

Underproblemstilling nummer en flytter fokuset på brukeren og den terapeutiske prosessen, mens underproblemstilling to spør etter involvering på individ- systemnivå. Å lytte til, og å bruke erfaringer musikkterapeuter har gjort seg i arbeid med brukerinvolvering, mener jeg er et viktig ledd i en god implementering av brukerinvolvering i musikkterapi innenfor psykisk helsearbeid, men det er også viktig å påpeke at det ikke er det eneste. For å ta den likeverdige relasjonen i betraktning, er det like viktig å fokusere på hva brukere gjør som å fokusere på hva musikkterapeutene gjør. Som tidligere vist undersøker Rolvsjord hva brukere av et musikkterapitilbud gjør når de opplever terapi som virkningsfullt (Rolvsjord, 2014). Det å anse den terapeutiske relasjonen som likeverdig er et viktig moment i forståelsen av denne problemstillingen, og jeg ønsker ikke å implisere at det kun er musikkterapeuter som gjør brukermedvirkning mulig.

En *bruker* defineres i opptrappingsrapporten som ”en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form” (Larsen, Nordal, & Aasheim, 2006, s. 7). Videre skiller Larsen et al. (2006) mellom brukerperspektivet, brukerorientering, brukermedvirkning og brukerstyring. Forfatterne av opptrappingsplanen forteller at brukerperspektivet innebærer ulike grader av brukerinvolvering. *Brukerorientering* kan innebære hva fagfolk tenker som brukere, blant annet i beslutningsprosesser, eller det kan innebære at brukere bli orientert om beslutninger. I en slik forståelse er brukere kun i liten grad involvert i bestemmelser. *Brukermedvirkning* dreier seg om brukerens medvirkning i utforming av tilbud i samarbeid med fagfolk på individnivå, systemnivå og politisk nivå, og *brukerstyring* er når tjenesten blir styrt av brukere (Larsen et al., 2006). Det kan her se ut til at brukermedvirkning fremstilles på et kontinuum av involvering. Dette kommer frem i andre tekster om brukermedvirkning, deriblant Borg, Karlsson, og Kim (2009) sin artikkel ”User involvement in community mental

health services – principles and practices” som utdypes videre i teorikapittelet. Jeg vil presisere at begrepet brukerperspektiv kan innebære å spørre brukeren om hans/hennes perspektiv. Dette sier ingenting om hvorvidt brukeren er involvert i ulike typer bestemmelser, noe begrepet brukerinvolvering gjør.

I opptrappingsplanen utdyper Larsen et al. (2006) hva brukermedvirkning innebærer på individnivå, systemnivå, og politisk nivå. På *individnivå* innebærer det at brukeren har innflytelse på utforming, valg og anvendelse av tjenestetilbudet som han/hun benytter. Dette vil blant annet påvirke egen brukers myndighet. Det kommer frem at brukerens interesser kan representeres av andre, men det skal legges til rette for at vedkommende kan medvirke i planlegging og gjennomføring av tiltak. En kan si at målet med brukermedvirkning på dette nivået er at brukeren skal oppleve egne bidrag som betydningsfulle og at de har reell innflytelse. På *systemnivå* innebærer brukermedvirkning at brukere eller brukerrepresentanter er i et likeverdig samarbeid med resten av tjenesten, og at de deltar i planlegging og ulike beslutningsprosesser. Det gjelder altså medvirkning i selve driften av tjenestetilbudet. Det skrives også at dette innebærer brukerorganisasjoner eller brukergruppers bidrag med erfaringer og kunnskap til planlegging, utforming og drift av tjenestetilbudet. På et *politisk nivå* innebærer brukermedvirkning at brukergrupper eller brukerorganisasjoner involveres i politiske prosesser før beslutningen tas. Dette vises ved at brukerrepresentanter settes i utvalg, råd eller komiteer. Det kan også innebære en blanding av brukerrepresentanter og brukerhøringer i utviklingen av et tiltak. Denne oppgaven vil ikke belyse brukermedvirkning i musikkterapi i psykisk helse på et politisk nivå, grunnet studiens omfang.

Disposisjon

I neste kapittel vil jeg utdype det teoretiske grunnlaget for denne studien ved å redegjøre for personlig recovery og ulike perspektiv på brukermedvirkning i musikkterapi. Deretter går jeg nærmere inn på ulike former for brukermedvirkning, før jeg avslutter kapittelet med utfordringer ved brukermedvirkning. Jeg vil så presentere metode, altså valg av forskningsdesign, herunder epistemologisk grunnlag, datainnsamlingsmetode og analyseverktøy. Deretter vil jeg presentere funnene og diskutere disse knyttet opp til teori på bakgrunn av problemstillingen, før jeg avslutter med en oppsummering.

Teori

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for relevante teoretiske perspektiver for denne studien. Jeg tar utgangspunkt i *personlig bedring* (*personal recovery*) (Slade, 2009) og *ressursorientert musikkterapi* (Rolvsjord, 2010) når jeg utforsker begrepet *brukermedvirkning*. Begge teoretiske perspektivene anses å ha en sentral rolle i musikkterapeutisk praksis i psykisk helsearbeid i dag (Rolvsjord, 2010; Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013). Først vil jeg presentere *recovery-perspektivet* som en teoretisk begrunnelse for brukermedvirkning, før jeg videre beskriver hvordan disse perspektivene knyttes til brukermedvirkning i musikkterapi. Deretter vil jeg utdype ulike former for brukermedvirkning, før jeg avslutter med fire ulike utfordringer ved brukermedvirkning.

Recovery: en teoretisk begrunnelse for brukermedvirkning

På 50-60 tallet begynte en nedbygging av de store psykiatriske sykehusene da de nye reformene for psykisk helsearbeid innebar en de-institusjonalisering som støttet opp under lokale tilbud. Det innebar et skifte i behandlingstilbudenes innhold mot å omhandle andre behandlingstilbud enn kun psykiatri, noe som innebar nedleggelser av store psykiatriske sykehus som ble erstattet med flere lokale tverrfaglige tilbud, som i dag utgjør psykisk helsearbeid (Solli, 2012). På lik linje med utviklingen og inkluderingen av andre behandlingsformer i psykisk helsearbeid, utvikles en annen forståelse av *recovery*.

Slade (2009) skriver om to ulike måter å forstå begrepet på, enten som *klinisk bedring* (*clinical recovery*) eller *personlig bedring*. Slade sier klinisk bedring har fire hovedelementer, der én er at bedring er et utfall eller en optimal tilstand. Det andre hovedelementet er objektivitet, der målet er observasjonelt i klinisk praksis. Det tredje hovedelementet er at utfallet er vurdert av en ekspert. Det fjerde hovedelementet er at bedringsprosessen ikke er individuell. Slade mener denne forståelsen av begrepet kommer fra en forskning ledet av personer fra en profesjonsutdanning med et tydelig ekspertfokus, der fokuset er objektivt i praksis med lite eller ingen fokus på individet som subjekt. Slade sier klinisk bedring ikke nødvendigvis er i overenstemmelse med hvordan brukeren erfarer bedring.

I Slade (2009) sin forståelse av begrepet *personlig bedring*, dreier det seg om en individuell prosess der en finner mening i livet og i hverdagen, til tross for psykiske plager. Slade støtter seg til Anthonys (1993) definisjon av *recovery*, som ofte refereres til:

“Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one’s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness”. (Anthony, 1993, s. 15)

Slik det kommer frem i denne definisjonen handler bedring om en personlig prosess, der en endrer egne mål og verdier. Det er altså ikke kun et resultat av profesjonell eksperthjelp, som i en klinisk forståelse av bedringsbegrepet, men som en individuell prosess. På en annen side viser definisjonen at det ikke kun er én måte å erfare personlig bedring på for alle med psykiske helseplager. Derfor vil det som fungerer for noen på et tidspunkt i prosessen ikke nødvendigvis være til hjelp for andre i en helt annen situasjon. Fordi det er en personlig prosess mener Slade at det ikke er én korrekt bedringsmodell for psykisk helsearbeid, noe som gjør at den utfordrer de nasjonale faglige retningslinjene og evidensbasert praksis. På bakgrunn av Slades forståelse av bedring i en recovery-orientert praksis som en personlig og unik prosess som personen selv driver, er begrepet *partnership* (samarbeid) nært tilknyttet personlig bedring.

Partnership innebærer et samarbeid mellom terapeuten, som er *en utdannet ekspert* (experts by training) og brukeren, som er en *ekspert av erfaring* (experts by experience). Samarbeidet innebærer at brukeren og terapeuten støtter seg til eller blir endret av hverandre i relasjonen. Å genuint støtte seg til hverandre, kan føre til selv-bestemmelse. Slade (2009) mener et samarbeid innebærer at terapeuten som eksperten av erfaring, handler ut fra tre prinsipper. Første prinsipp er at opplevelsen av psykisk sykdom er meningsfull, der forventningen om meningsfullhet kan innebære at terapeuten leter etter mening. Det er derfor viktig at terapeuten fremmer mening og forståelse i samarbeidet ved å identifisere personlige mål, oppmuntre, gi håp og forsterke velvære. Andre prinsipp er at en klinisk modell på bedring, er en av mange ulike måter å skape en form for opplevelse på. Det å være beskjeden i promoteringen av terapeutens teoretiske perspektiv vil bidra til samarbeidet. I en samarbeidende relasjon er derfor genuin lytting og forhandling viktig for å skape sammenheng og mening. Tredje prinsipp innebærer at kun den enkelte kan definere hva som er til sitt eget beste. Slade mener det er viktig at helsepersonell støtter opp under denne prosessen, da brukerens subjektive opplevelse og dens rolle som ekspert av erfaring, er viktig

i en samarbeidende relasjon. Ord reflekterer ikke nødvendigvis brukerens indre verden med nøyaktighet, eller han har kanskje ikke bearbeidet eller reflektert over bemerkelsesverdige opplevelser. Til tross for dette mener Slade at mennesket som opplevende subjekt vet mest om sin egen opplevelse, ulike behov og hva som er til hjelp og ikke i deres egen bedringsprosess. Denne erfaringskompetansen, i samarbeid med en klinisk kompetanse, har muligheten til å gjenopprette maktbalansen i samarbeidet siden begge parter deltar med sin egen ekspertise. Slade benevner dette som gjensidighet i den samarbeidende relasjonen, og mener det deretter kan fungere som en synergi. Gjensidighet er når brukerens ekspertise og selverkjennelse blir gitt en like viktig rolle som den profesjonelles ekspertise. Dette er i tråd med tidligere nevnte prinsipper ved at det innebærer en fleksibilitet hos begge parter i et gjensidig og likeverdig samarbeid. Samtidig innebærer det en myndiggjøring av brukeren, hvor en må ta ansvar for ens eget liv, og gjøre aktiviteter som innebærer risiko og nederlag.

Helsepersonellets støtte til brukernes selvstendighet utdypes hos Slade (2009) og Tondora, Miller, Slade, og Davidson (2014). Slade bruker det sosiologiske begrepet *agency* der han forstår *agency* som brukernes tiltro til at de kan påvirke eget liv, som videre er viktig for ens personlige bedringsprosess. Slade (2009) mener utviklingen av selvstendighet og ansvar på den ene siden oppleves som en smertefull prosess for brukeren, i og med at en ofte må starte med å akseptere egen sykdom. På den andre siden kan det forandre måten brukeren forstår og tenker rundt utfordringer i eget liv på. Som han skriver videre vil det å forvente at en bruker skal ta ansvar for sitt eget liv, og medvirke på individ- og systemnivå, før han/hun har evnen til å gjøre det, ikke være til nytte eller fordel for brukeren. Jeg vil presisere at dette noe komplekse teoretiske perspektivet på medvirkning og involvering vil være et viktig grunnlag for musikkterapi som en del av recovery-orientert praksis, og en sentral del av det teoretiske rammeverket i denne studien.

Perspektiv på brukermedvirkning i musikkterapi

I musikkterapi er brukermedvirkning sentrale begreper i tekster om recovery og ressursorientert musikkterapi. Solli skriver i sin doktorgradsavhandling (Solli, 2014a, 2014b; Solli & Rolvsjord, 2015; Solli et al., 2013) om musikkterapi som en del av en recovery-orientert praksis i psykisk helse i dag, hvor han utforsker hvordan mennesker med psykiske helseplager opplever musikkterapi. Jeg vil videre beskrive hvordan brukermedvirkning blir

beskrevet i recovery- orientert praksis i musikkterapi i psykisk helsearbeid, og videre hvilken rolle brukermedvirkning har i ressursorientert musikkterapi.

Solli, Rolvsjord og Borg (2013) knytter musikkterapi til recovery- orientert praksis innen psykisk helse i en meta-syntese om kvalitativ forskning på brukeres erfaringer. Solli et al. utforsker brukeres opplevelser av musikkterapi i psykisk helsearbeid og videre det sterke ekspertfokus som har vært dominerende i psykisk helse. Solli et. al mener grunnlaget for ekspertfokus er *evidensbasert praksis* (EBP) og *evidensbasert medisin* (EBM), som er blitt definert som en tredelt struktur, deriblant best tilgjengelig forskning, klinisk ekspertise og klientens verdier. På bakgrunn av dette fremmer Solli et al. klientens verdier fordi det fortjener større oppmerksomhet i forskning og praksis. Solli et al. trekker frem tre viktige faktorer for at bedringsprosessen skal være ressursorientert; selvbestemmelse, sosial inkludering og positive opplevelser. Forfatterne støtter seg til Slade (2009) når de sier at mennesker med psykiske helseplager er eksperter av erfaring, og at de derfor har en verdifull innsikt i hva som støtter opp under deres egen bedringsprosess. Forfatterne mener musikkterapi kan bidra til å støtte opp under bedringsprosessen til personer med psykiske helseplager i form av håp og velvære, sosial inkludering, mestringsopplevelser og identitetsskaping. I diskusjonen av nevnte tema trekker Solli et al. frem fokuset på brukerinvolvering og brukerperspektivet som viktig for å fremme brukernes egen bedringsprosess. Solli et al. Støtter seg i denne meta-syntesen til ressursorientert musikkterapi, da det fremhever ressurser, selvbestemmelse og en samarbeidende relasjon.

I en casestudie fra Sollis doktorgradsavhandling (2014a), beskrives hvordan musikkterapi kan fremme bedringsprosess og sosial inkludering hos brukeren ”Marko”. Solli sier at det er behov for en mer helhetlig tilnærming til helse, med fokus på ressurser og egen bedringsprosess, noe som er i overensstemmelse med hans humanistiske menneskesyn som er basert på ressursorientert musikkterapi, samfunnsmusikkterapi og recovery-perspektivet. Han utforsker brukerens perspektiv på egen deltakelse i musikkterapi og refererer til recovery-perspektivet, som i stor grad anser brukeren som aktiv deltaker og medvirkende i egen bedringsprosess (Solli, 2014a; Solli & Rolvsjord, 2015). Solli påpeker at ”Marko” opplevde maktbalansen på institusjonen han fikk behandling på som ujevn, og fortsetter med at til tross for dette opplevdes relasjonen til terapeuten i musikkterapitimene likeverdige. ”Marko” snakker om en likeverdighet i relasjonen i det musikkterapeutiske samspillet, som bidro til økt velvære og selvtillit som igjen påvirket hans sosiale liv. Som Solli selv skriver er dette

faktorer som kan oppstå på ulike tidspunkt i bedringsprosessen, der faktorene kan være sammenfallende. Siden ”Marko” var inspirert i det musikalske samspillet, så mener Solli at deltakelsen i det musikalske samspillet bidrar til musikalsk selvstendighet og inspirasjon. Dette blir betydningsfullt i en kontekst som er preget av reduserte muligheter til å påvirke.

I artiklene til Solli et al. (2013) og Solli (2014a) peker forfatterne på at ressursorientert musikkterapi er i overensstemmelse med det teoretiske grunnlaget for recovery- perspektivet. Jeg vil derfor redegjøre for ressursorientert musikkterapi slik det er beskrevet av Rolvsjord (2010), altså som et teoretisk grunnlag i forståelsen av denne studien. Ressursorientert musikkterapi bygger på *common factors*- forskning, positiv psykologi, og *empowerment*-filosofien. Common factors- forskningen legger til grunn meta- analyser av utfallet i psykoterapi, altså faktorer som påvirker utfallet. Positiv psykologi springer ut fra et kritisk perspektiv på et patologisk fokus på medisin og psykologi, der fokuset rettes mot menneskets ressurser. Empowerment- filosofien kommer opprinnelig fra bevegelser på 1970-tallet som borgerrettighetsbevegelsen, feminisme og anti-psykiatrien. Fokuset er altså enkeltmenneskets rettigheter. Men empowerment er også et politisk ladet begrep med et kritisk perspektiv på maktstrukturer. Rolvsjord differerer mellom to former for makt, *makt til (power to)* og *makt over (power over)*. Førstnevnte er knyttet til samarbeid, likeverd og respekt, mens sistnevnte til tradisjonell patriarkalsk makt.

Rolvsjord (2010) beskriver empowerment- begrepets ulike nivåer, prosesser og definisjoner. Hun beskriver empowerment på individ-, organisasjonsnivå, og som en individuell og sosial prosess. På et individuelt nivå blir det utdypet fra et psykologisk perspektiv, der forandringer i emosjoner, atferd og kognisjon innebærer tro på egen kompetanse, innsats for å utøve kontroll og en forståelse av det sosiopolitiske miljøet. På et organisasjonsnivå innebærer empowerment den muligheten organisasjoner gir brukere til å oppnå makt og kontroll over eget liv. Dette gjør at empowerment innebærer en individuell og sosial prosess som flytter fokuset mot forandringer hos individet og i miljøet. De ulike nivåene er i interaksjon med hverandre, fra individ til organisasjon og omvendt. Dette gir et innblikk i terapeutisk praksis på ulike nivåer i samfunnet. Brukerinvolvering ansees som en rettighet i empowerment- filosofien, og i recovery-perspektivet uttrykkes det som en egenverdi og nytte for ens bedringsprosess.

Man kan si at ressursorientert musikkterapi og recovery- perspektivet har bidratt til et større

fokus på brukerperspektivet og brukerinvolvering i psykisk helse. Empowerment er sentralt i recovery-perspektivet blant annet fordi det bidrar til fokus på medbestemmelse og likeverd. Solli (2012) sier empowerment står sentralt i recovery- perspektivet i form av medbestemmelse og likeverd på et individuelt, sosialt og strukturelt nivå. Rett til selvbestemmelse og mulighet for å delta i samfunnet er en forutsetning for personlig recovery.

Ulike former brukermedvirkning

Som tidligere nevnt er det ulike forståelser av hva brukermedvirkning er, noe som kan komme av hvilken type kontekst begrepet brukes i og hva begrepet innebærer (se ”terminologi og avgrensning” s.11). Hickey & Kipping (1998) ser på brukerinvolvering som brukeres deltakelse i en beslutningsprosess. Forfatterne utforsker begrepet brukerinvolvering i psykisk helse på et kontinuum, der makten de får til å påvirke beslutninger påvirkes av hvor stor grad de involveres. De identifiserer to ulike tilnæringer som ligger til grunn for brukerinvolvering der en forbrukerrettet tilnærming er på den ene siden av kontinuumet, og en demokratisk tilnærming på den andre siden. Førstnevnte innebærer at brukeren får informasjon om beslutningsprosessen, men har begrenset mulighet til påvirkning. Mot midten av kontinuumet er konsultasjon der de som tilbyr tjenesten er opptatte av brukerens perspektiv, men tar avgjørelsen selv. Lengre ut på kontinuumet er partnership, som kan oversettes med samarbeid, der avgjørelsen tas sammen med brukeren. Lengst ute på kontinuumet, mot en demokratisk tilnærming, er brukerstyring hvor makten sitter hos brukeren. Forfatterne sier at denne forståelsen av brukermedvirkning kan være et verktøy som kan informere og være til støtte i praksis. Det kan derimot være begrensninger i praksis som fører til en ujevn maktfordeling mellom de som bruker tjenestene og de som tilbyr tjenestene. Forfatterne snakker altså om brukermedvirkning som en forbrukerrettet tilnærming, og som en demokratisk tilnærming der partnership og *brukerstyring* er nært beslektede begreper. Begrepet partnership vektlegges også i recovery- tradisjonen og i andre tekster om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid.

Hickey og Kipping (1998) nevner tre hovedgrunner til å fremme brukerinvolvering. Den første er ønsket om å tilby en behandling som i stor grad fanger opp behov og ønsker fra brukerne. Den andre er brukernes rett til å være involvert i avgjørelser som fanger opp behov og ønsker fra brukerne. Den tredje grunnen er den terapeutiske verdien involveringen har for mennesker med psykiske lidelser. Mens Hickey og Kipping (1998) anser brukermedvirkning

på et kontinuum, som en rettighet, som en terapeutisk verdi og viktig i kvalitetssikringen av behandling, så beskriver Thornicroft & Tansella (2005) noe av etikken og evidensen for hvorfor det er viktig å involvere brukere i evalueringen av behandling av psykiske plager.

Thornicroft og Tansella (2005) refererer til Slade, Phelan, og Thornicroft (1998) hvor brukernes evalueringer blir ansett å være viktigere enn miljøpersonalets evalueringer av brukernes behov. I studien kommer det frem at brukerne skåret seg selv høyere på gjennomsnittlige og udekkede behov enn det miljøpersonalet skåret brukerne. Miljøpersonalet vurderte oftere brukernes behov som: psykotisk og skade på andre. Brukerne selv derimot uttrykket behov for: *informasjon om behandling, selskap, velferdsfordeler, transport og uttrykke seg seksuelt* (Thornicroft og Tansella (2005)). Miljøpersonalet vurderte også brukernes umøtte behov som lavere enn det brukerne selv vurderte umøtte behov. Brukernes beskrivelser av egne behov nyanserer inntrykket av brukeres behov i større grad, sammenlignet med miljøpersonalets beskrivelser av brukeres behov. Sett fra et etisk perspektiv skriver forfatterne at tiltak innen psykisk helsearbeid bør være basert på autonomi, kontinuitet, effektivitet, tilgjengelighet, bredde, egenkapital, ansvarlighet, koordinering og effektivitet. De mener brukerne har en helt essensiell ekspertise på individnivå og systemnivå når det gjelder psykisk helse, blant annet i fagfelt som psykologi og farmakologi, og i ulike sosiale intervensjoner. Jeg mener Thornicroft og Tansellas (2005) benevnelse av begrepet *essensiell ekspertise* kan knyttes til begrepet personlig recovery (Slade, 2009) som vektlegger at brukeren er en *ekspert av erfaring* (experts by experience). Slade (2009) mener at siden psykiske plager er en subjektiv opplevelse for mennesket som opplever det, så vet mennesket med psykiske plager selv hva som er best for sin egen bedringsprosess. Brukeren som ekspert av erfaring er høyt verdsatt i et samarbeidende forhold, der helsepersonellet er ekspert av trening. Når Thornicroft og Tansella her får frem hvorfor brukerens bidrag er viktig, nyanserer Braye (2000) og Hickey og Kipping (1998) brukermedvirkning i større grad.

Braye (2000) redegjør for deltakelse og involvering på ulike nivåer i sosialomsorg. Hun utdyper de ulike arbeidskontekstene en bruker av sosiale tjenester deltar eller involveres i. Det kan innebære alt fra å være en bruker av et tjenestetilbud, til medvirkning i strategisk planlegging og utforming av tjenestetilbudet, brukerstyrte tjenester, forskning og som en del av en bredere forståelse av sosial kontekst og i samfunnet for øvrig. Braye mener en *bruker av et tjenestetilbud (individual service user)*, blir tildelt tjenesten på bakgrunn av en vurdering av behovsom er gjort av de som skal tilby tjenesten. Evalueringsprosesser kan her innebære alt

fra vurdering, planlegging og gjennomgang, hvor brukeren i varierende grad kan være involvert i diskusjoner, konsultasjoner eller bli informert om hva som allerede er bestemt. I strategisk planlegging og utforming/utvikling av tjenestetilbudet, innebærer involvering medbestemmelse i planleggingsmøter og rådgivende grupper eller ledergrupper. I forskning skjer involvering på ulike nivå. På et grunnleggende nivå innebærer det et fokus på brukererfaringer og brukerperspektivet innen fortolkende forskningsparadigmer. På et mer viderekomment nivå finner man et mer frigjørende forskningsparadigme hvor brukeren er med-forsker. Der søker man etter en dialog om hvorfor man utforsker, hvilke tema som skal utforskes, forskningsdesign, datainnsamlingsmetode, analyseverktøy, eierskap og formidling. I en videre sosial kontekst er involvering i ansettelse og utdanning av yrkesprofesjoner noe som kan motvirke stigma og fremme samfunnsdeltagelse. Involvering i samfunnet for øvrig innebærer at de deltar som samfunnsborgere og ikke som brukere av et tjenestetilbud.

Braye (2000) utforsker videre ulik grad av involvering, fra full til delvis. Med full involvering menes at partene har likeverdig innflytelse i beslutningsprosessen. Med delvis involvering menes at partene påvirker hverandre, men det er kun én part som sitter med den endelige makten. Videre sier hun at begrepet *partnership* innebærer former for deltagelse der maktfordelingen er likeverdig. Hun mener at det ofte er profesjonelle yrkesutøvere som sitter med makten over hvor stor grad brukere skal involveres i beslutningsprosesser. Som tidligere nevnt vektlegges viktigheten av *partnership* – samarbeid i relasjonen også av Hickey & Kipping (1998).

Utfordringer med brukermedvirkning

Mens Braye (2000) og Hickey og Kipping (1998) nyanserer begrepet brukermedvirkning, retter Borg et al. (2009) fokuset mot fire utfordringer ved brukerperspektivet og brukermedvirkning i psykisk helse. Første utfordring er debatten om *objektivitet og subjektivitet*, andre utfordring er kraften av å definere *sann kunnskap*, den tredje utfordringen er *maktdominansen i tjenestetilbudet*, og den fjerde er *de-institusjonalisering, kommunalt psykisk helsetilbud og brukerrollen*. Førstnevnte utfordring byr på to ulike problemer hvor ett er hvordan problemene blir fastsatt i rammer, og det andre er attribusjonen av ”etiketter” (labels). Forfatterne sier at brukernes stemme ofte har en tendens til å komme i konflikt med stemmen til den profesjonelle yrkesutøveren. Det resulterer i at medisinske profesjonelle yrkesutøvere ofte sitter igjen med en biomedisinsk forståelsesramme som ser på kausalitet,

objektivisering av symptomer og kontroll. Forfatterne mener problemene med psykisk helse ofte ikke reflekterer brukerens hverdagslige problemer eller personlige opplevelser, hvilke er viktige for ens personlige bedringsprosess. Å fastsette trekk, symptomer og diagnose har blitt godt etablerte fremgangsmetoder i behandlingen av psykiske plager. Borg et al. mener dette retter fokuset mot psykiske lidelser og ikke mennesket som opplever psykiske plager i hverdagen. Denne utfordringen belyser problemer knyttet til implementeringen av brukerperspektivet i en biomedisinsk forståelsesramme. Slade trekker frem dette som et av hovedtrekkene i en recovery-orientert praksis, der psykiske plager ansees som en subjektiv opplevelse for mennesket som erfarer det. For å se dette i lys av Thornicroft og Tansella (2005), som mener at brukerens evaluering av et tjenestetilbud er viktigere enn miljøpersonalets tilbakemeldinger, kommer det frem i Borg et al. at brukeren som et erfarende subjekt blir oversett av spesialistens objektive fokus i en kontekst med en biomedisinsk forståelsesramme.

Andre utfordring med brukermedvirkning som nevnes av Borg et al. (2009), innebærer makten over å definere *sann kunnskap* der forfatterne trekker frem Foucaults perspektiver på kunnskap og makt (Foucault, referert i Borg et al., 2009). Han mente at idéer og forståelser er historisk, kulturelt og sosialt spesifikke, og at noen av idéene er så utbredte at de er blitt oppfattet som sannhet. Forfatternes egen antagelse er at sann kunnskap er kontekst- og verdibasert. De mener at Foucaults perspektiver retter fokuset mot spesialisert kunnskap der våre handlinger er styrt av bestanddelene i maktstrukturen. Sann kunnskap innen psykisk helse kan være knyttet til en person med spesialkunnskap som har makt, eksempelvis en psykiater med makt til å diagnostisere, og hans/hennes ord og handlinger regnes som *sannhet* fordi han/hun har spesialist-kompetanse. Forfatterne mener dette synspunktet utfordrer implementeringen av brukerperspektivet, spesielt siden det ikke er en del av evidens-basert praksis (EMP) eller er blitt nevnt i New Public Management- reformene av psykisk helse (Borg et al., 2009). Forfatterne fremmer viktigheten av systematiseringen av brukererfaringer igjennom kvalitativ forskning da det øker validitet og gir rikere kunnskap. Ved å presisere utfordringen ved definisjonen av sann kunnskap og spesialistfokuset, mener jeg det er hensiktsmessig å flytte fokuset mot begrepet partnership som har blitt vektlagt av Braye (2000), Hickey og Kipping (1998), Slade (2009), og Tondora et al. (2014).

En tredje utfordring ved brukermedvirkning som nevnes av Borg et al. er maktdominansen i tjenestetilbudet. Brukerne i denne studien fremhevet begreper som *mentalisme*¹ (*mentalism*) og *mikroagresjoner* (*microaggressions*) som eksempler på hva som gjør det vanskelig å implementere brukerinvolvering og brukerperspektivet i psykisk helse. Førstnevnte begrep refererer til undertrykkelsen av mennesker som har blitt diagnostisert med psykiatriske lidelser. Det handler om det å være plassert i rollen som syk, der én implikasjon er at i rollen som syk dreier involvering seg om å akseptere rollen, fremfor å utfordre ubalansen i maktforholdet. Mikroagresjoner dreier seg om alt brukeren opplever i hverdagen sin som kun tillegger argumenter for spesialistens sak. En fjerde utfordring som Borg et al. beskriver er relatert til de-institusjonaliseringen, der ideen bak dreier seg om å hjelpe og støtte personer som har psykiske plager med å leve et normalt liv som en samfunnsborger. Mikroagresjoner- og mentalisme- begrepene nyanserer maktforholdet i relasjonen der involvering får en annen betydning. I en kontekst med en biomedisinsk forståelsesramme, med et spesialist-fokus og et ubalansert maktforhold i relasjonen mellom spesialist og bruker, kan det føre til at brukeren opplever seg stigmatisert og undertrykket, i og med at alt brukeren sier blir tillagt spesialistens objektive fokus på sykdom og ikke mennesket med psykiske plager. Dette kan knyttes opp til Braye (2000) som sier at involvering i en kontekst med brukeren av en tjeneste (individual service user) i stor grad innebærer informering, konsultasjon og diskusjoner på et individuelt nivå. På bakgrunn av Borg et al. sine presiseringer av utfordringer med brukermedvirkning og brukerperspektivet antar jeg at forfatterne fremmer en demokratisk tilnærming til brukermedvirkning, og er kritiske til en forbrukerrettet tilnærming til brukermedvirkning.

Jeg opplever at utfordringene knyttet til brukerperspektivet og brukermedvirkning i psykisk helse også har relevans for brukermedvirkning i musikkterapi i psykisk helse. Jeg mener musikkterapi praksis har potensiale til å gjenopprette en maktbalanse ved å gi brukere makt til å påvirke rammene for musikkterapi. Musikkterapi praksisen kan da bidra til at brukere medvirker på systemnivå, altså i utformingen av tilbudet. Musikkterapi er da med på å trekke frem brukerens perspektiv og medvirkning, i et system der det er få muligheter til å påvirke.

¹ Forfatterne bruker begrepet mentalisme på samme måte som rasisme, sexisme, heterosexisme, klassebasert undertrykkelse og diskriminering av funksjonshemmede for å påpeke diskriminering forbundet til psykiske helseproblemer.

Metode

Jeg vil i dette kapittelet redegjøre for forskningsdesign og metode som benyttes i denne studien. Formålet med denne studien er å utvikle kunnskap om brukervedvirkning i musikkterapeutisk praksis i psykisk helsearbeid med fokus på hvordan musikkterapeuter tilrettelegger for brukervedvirkning. Jeg har intervjuet tre musikkterapeuter som jobber innen ulike arbeidskontekster i psykisk helsearbeid. Hovedproblemstillingen er: *Hvordan tilrettelegger musikkterapeuten for brukervedvirkning?* Fokuset vil være på musikkterapeutenes opplevelser av og erfaringer med brukervedvirkning på ulike nivå i arbeidskonteksten de jobber i. Videre i dette kapittelet vil jeg først begrunne valget av kvalitativt forskningsdesign, og så beskrive vitenskapssynet denne studien er forankret i. Deretter vil jeg redegjøre for semi-strukturert intervju som datainnsamlingsmetode, og hvordan deltakere ble rekruttert, før jeg beskriver forberedelser til, og gjennomføring av intervjuene. Avslutningsvis vil jeg redegjøre for analyseprosessen.

Kvalitativt forskningsdesign

Malterud (2011) mener kvalitative metoder undersøker karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved et fenomen i sin naturlige kontekst. Datamaterialet som analyseres består ofte av deltakende observasjon, skriftlige kilder eller analyse av tekst fra transkriberte intervju. Med dette kan en si at kvalitative metoder dreier seg om å utforske menneskers erfaring (fenomenologi) og fortolkning av tekster (hermeneutikk). Dette gjør at det finnes mangfold av ulike fremgangsmåter for systematisk innsamling, organisering og tolkning av tekst. Det er med andre ord ikke bare en tilnærming innen kvalitativ forskning. Fenomenet som undersøkes i denne studien er informantenes erfaringer med tilrettelegging av brukervedvirkning på ulike nivå i arbeidskonteksten.

Malterud (2011) skriver at kvalitativ metode undersøker fenomenet i sin naturlige kontekst. Målet er å utforske meningen med sosiale og kulturelle fenomener slik informanten opplever det. Kvale og Brinkmann (2015) knytter det å utforske fenomener slik det erfarer av informanten til intervju som datainnsamlingsmetode: det semi-strukturerte livsverdensintervjuet. Dette kan sees i lys av en induktiv analysestrategi der en går ut fra empiri og genererer hypoteser eller teorier, fremfor å teste deres etterprøvnbarhet (Alvesson & Skoldberg, 2000). Fenomenologien og hermeneutikken er sentrale for vitenskapforståelsen i denne studien. Jeg vil videre gå inn på hva disse ulike vitenskapsteoretiske retningene er.

Svendsen og Säätelä (2007) skriver at hermeneutikk kommer fra gresk: *hermeneuein*, som betyr "å tolke". Hermeneutikk er altså vitenskapen om *fortolkning*. Kvale & Brinkmann (2015) redegjør for den hermeneutiske tradisjonen gjennom å beskrive syv fortolkningsprinsipper. Det første er prinsippet om den hermeneutiske sirkel, altså frem- og tilbake-prosessen mellom deler og helhet. Den hermeneutiske tradisjonen anses å ha en "sirkularitet", der en oppnår en gradvis dypere forståelse. Dette synet vektlegges også av Alvesson og Sköldberg (2000) som sier meningen av én del kun kan forstås i relasjon til helheten. Det andre prinsippet Kvale og Brinkmann redegjør for er at meningsfortolkningen av en tekst slutter i det den har nådd frem til en indre enhet uten noen motsigelser. Det tredje gjelder en testing av delfortolkningene opp mot tekstens helhetlige mening. Fjerde prinsipp innebærer tekstens autonomi der den forstås ut ifra egne referanserammer for hva den måtte formidle om et tema. Femte prinsipp er at teksten innehar en kunnskap om et tema. Det sjette prinsippet er at fortolkningen av en tekst ikke er forutsetningsløs, noe som innebærer at fortolkeren ikke kan gå utenfor sin forståelsestradisjon. Dette synet fremmes også av Alvesson og Sköldberg (2000) som sier at det er viktig å være bevisst på sine egne forståelser, i form av en refleksivitet rundt hvordan egen erfaring påvirker forskningen. Syvende prinsipp er at en fortolkning åpner opp for fornyelse og kreativitet. Fortolkningen utvider sin mening i differensieringer, og spesifiseringer åpner opp for nye sammenhenger i teksten.

Jeg vil trekke frem betydningen av det første prinsippet, altså den hermeneutiske sirkel, med tanke på forholdet mellom del og helhet, og mellom forforståelse og forståelse. Jeg som student, har en stor interesse i temaet jeg skriver om. Jeg har god kjennskap til musikkterapeuter og deres arbeid, og vet dermed hvorfor jeg mener det er hensiktsmessig å velge de som informanter. Min forståelse av temaet brukermedvirkning utvidet seg etter at jeg gjennomførte intervjuene og tolket deres erfaringer og opplevelser av dette fenomenet. I dette ligger det en dobbel hermeneutikk i det at jeg tolket informantenes tolkninger av deres opplevde livsverden. Dette påvirket meg og mitt forhold til forskningen fortløpende i prosessen, og jeg fikk en dypere og bredere forståelse av egen forståelse, og av hvordan musikkterapeuter erfarer brukermedvirkning. Jeg vil videre gå innpå hvordan mennesker erfarer sin livsverden.

Smith, Flowers og Larkin (2009) skriver om *fenomenologi* som en filosofisk retning som innebærer vitenskapen av *erfaring*, og mener fenomenologer ofte er opptatt av hvordan

mennesket opplever, erfarer og former sin livsverden. Som nevnt, er dette nært tilknyttet denne studien da det tas utgangspunkt i musikkterapeuters erfaringer og opplevelser av brukermedvirkning på ulike nivå i arbeidskonteksten de jobber i. Jeg vil trekke frem Heideggers fenomenologiske tilnærming på bakgrunn av at han satte fenomenologien i sammenheng med hermeneutikken. Heidegger så på oversettelsen av begrepet fenomenologi og fant ut at fenomenet kunne oversettes med ”å vise” eller ”å fremstå”. Sistnevnte oversettelse mener Heidegger har ulike kvaliteter, deriblant det at noe kan fremstå visuelt og tydelig for oss, men også i form av skjulte meninger. Heidegger fant også ut at logos blant annet kunne oversettes som diskurs eller dømmekraft. Det gjorde at Heidegger satte igjen med to deler av ordet fenomenologi; logos, som representerer diskursen og den analytiske delen, og fenomen, som er noe som fremstår foran oss. Hermeneutikk og fenomenologi er imidlertid også i noen grad motstridende siden hermeneutikken belyser tolkning og refleksivitet rundt sin egen rolle, og fenomenologien belyser hva som fremstår og avdekkes i intervjusituasjonen. Jeg vil videre redegjøre for hvilken intervjuform som ble brukt.

Datainnsamlingsmetode

I denne studien brukte jeg semi-strukturert intervju som datainnsamlingsmetode. Jeg valgte å gjennomføre denne formen for intervju individuelt med hver enkelt informant. Denne intervjuformen har en struktur som gjør det mulig å utdype eventuelle tema som måtte komme opp underveis i intervjuet. Kvale og Brinkmann (2015) beskrev semi-strukturert livsverdensintervju i boken *Det kvalitative forskningsintervju* (2015), hvor de sier at deres beskrivelser av forskningsintervjuet er inspirert av et fenomenologisk perspektiv. Videre skriver de at denne formen for intervju brukes om temaer fra dagliglivet som skal forstås ut fra informantenes egne perspektiver. Den semi-strukturerte formen på intervjuet innebærer at det utføres med en intervjuguide. Intervjuguide (se ”vedlegg 1” s. 63) inneholder temaer som skal dekkes under intervjuet, med forslag til spørsmål som kan stilles, der det er opp til intervjueren hvor mye hun eller han vil følge opp den intervjuedes svar (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuguiden ble utarbeidet med hjelp fra veileder helt i starten av studien. Den ble utarbeidet med fem underproblemstillinger som tok skulde svare på hovedproblemstillingen i denne studien. Temaene og spørsmålene som ble satt opp tok utgangspunkt i prosjektskissen som jeg hadde laget semesteret før gjennomføringen av studien, og de bvar utgangspunktet for de semi-strukturerte intervjuene.

Kvale og Brinkmann (2015) har karakterisert det semi-strukturerte forskningsintervjuet med tolv nøkkelord som er fenomenologisk inspirert: livsverden, mening, kvalitativt, deskriptivt, spesifisitet, bevisst naivitet, fokusert, flertydighet, forandring, sensitivitet, mellommenneskelig (interpersonell) situasjon, og positiv opplevelse. Jeg vil trekke frem nøkkelordene livsverden, mening, flertydighet, og positiv opplevelse som relevante for denne studien. Førstnevnte er relevant da det nettopp er musikkterapeutenes livsverden jeg er opptatt av, altså hvordan musikkterapeuten opplever og erfarer sin egen arbeidskontekst. Kvale & Brinkmann (2015) snakker om mening som en prosess, derfor er det viktig å starte prosessen med konkrete observasjoner og beskrivelser. Dette er også viktig i de situasjoner hvor informanten oppfattes som flertydig for intervjueren. Jeg mener konkrete beskrivelser kan bidra til å gjøre analyseprosessen i denne studien enklere, siden jeg skal analysere transkripsjonene fra intervjuene induktivt. Flertydighet er også et poeng som kom frem under prøveintervjuet jeg gjennomførte med en medstudent, noe jeg vil utdype nærmere i delen ”Forberedelser”. Et siste viktig moment jeg vil trekke frem er at det skal være en positiv opplevelse for musikkterapeuten, og at det skal gagne informanten å delta i studien.

Deltakere

Jeg foretok et hensiktsmessig utvalg i form av å velge erfarne musikkterapeuter som ble vurdert som spesielt informasjonsrike informanter (Patton, 2002). Som Patton belyser, er denne utvalgsmetoden karakteristisk for kvalitative metoder, siden utvalget i kvalitative metoder ofte er mindre, sammenlignet med kvantitative metoder. Det å velge informanter som ansees å være informasjonsrike for det temaet eller problemet forskeren skal utforske, vil da være hensiktsmessig. Patton beskriver ulike hensiktsmessige måter å velge informanter til en studie, *intensity sampling* og *maximum variation*. Førstnevnte vektlegger rekruttering av informasjonsrike informanter som utforsker fenomenet intensivt. Men ikke så intensivt at det ekstreme eller avvikende presenteres, noe som vil forvrengte fenomenet som utforskes. Sistnevnte, *maximum variation*, refererer til et hensiktsmessig utvalg av informasjonsrike informanter som beskriver sentrale tema med variasjon og bredde. Med utgangspunkt i bredde og variasjon i rekrutteringen av informanter, valgte jeg musikkterapeuter med ulik institusjonell tilhørighet og praksis. For å få mest mulig informasjonsrik data til studien min, snakket jeg med veileder om aktuelle informasjonsrike informanter til temaet jeg er interessert i, og jeg tok så direkte kontakt med de aktuelle informantene via e-post. Med institusjonell tilhørighet mener jeg de ulike arbeidsplassene de jobber på, for eksempel på

oppfølgingstilbud, distriktpsikiatriske sentre eller psykiatriske klinikker. Musikkterapeutene deltar med andre ord i ulike deler av tilbudet for mennesker med psykiske helseproblem, og denne bredden og variasjonen i data vil være meget nyttig for å se på hva brukerinvolvering betyr i ulike kontekster.

Forberedelser

I og med at jeg samlet inn og behandler personopplysninger, ble studien meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Dette ble gjort i helt starten, slik at jeg kunne gjøre intervjuene tidlig i studien. Før jeg sendte inn søknaden ble det laget et informasjonsskriv og en intervjuguide og det ble gjennomført et prøveintervju. Jeg og veileder utarbeidet informasjonsskrivet for å sikre et informert samtykke til studien. I informasjonsskrivet ble informantene informert om formålet og hovedtrekkene i studien, hva deltakelsen innebærer samt hvordan informasjonen om dem blir behandlet. Da NSD-søknaden ble godkjent spurte jeg de aktuelle informanter om de var villige, før jeg så sendte de informasjonsskrivet og intervjuguiden, og avtalte tidspunkt for gjennomføring av intervjuet. Jeg valgte å sende en intervjuguide for å forberede informantene på utgangspunktet for intervjuet, slik at de kunne få tid til å tenke igjennom egne erfaringer. Intervjuguide, tilbakemelding fra NSD, informasjonsskriv og samtykke, ligger vedlagt i denne oppgaven.

Før jeg sendte inn NSD-søknaden gjennomførte jeg et prøveintervju med en medstudent i rollen som informant/musikkterapeut for å teste ut intervjuguiden jeg hadde laget. Dette ble en viktig del av forberedelsen til intervjuene med musikkterapeutene da jeg fikk kjenne på hvordan det er å være i rollen som intervjuer, og ble gjort bevisst på ulike utfordringer ved et semi-strukturert intervju. Medstudenten og meg selv kommenterte til slutt viktigheten av disse momentene: pauser, det å oppklare spørsmål, å komme med oppfølgingsspørsmål, å stille korte og konkrete spørsmål, og å verifisere egne fortolkninger. Med pauser mener jeg tid til å tenke over spørsmål og svar både for intervjuer og informant. Det ble viktig for meg å tenke på hvordan jeg forholder meg til pausene. Om jeg som intervjuer fortolker pausene som et tegn på utydelighet og kommer med nye spørsmål eller eksempler, så kan det forstyrre den intervjuedes tankeprosess rundt det stilte spørsmålet. Det å ha tenkepauser forble det viktigste momentet for meg som en intervjuer og forsker. Alt i alt vil jeg si prøveintervjuet gjorde meg tryggere og mer stødig i rollen som intervjuer.

Gjennomføring av intervju

Intervjuguiden ble et viktig hjelpemiddel og verktøy i gjennomføring av intervjuene, og som nevnt valgte jeg å sende informantene intervjuguiden på forhånd. Dette opplevde jeg var til hjelp med tanke på at informantene kom med konkrete og deskriptive beskrivelser fra praksis som de sa at de tidligere ikke hadde tenkt over at hadde en relasjon til begrepet brukervedvirkning. Alle intervjuene ble tatt opp med lydopptaker og senere transkribert.

Før jeg skrudde på opptakeren, hadde jeg og informanten en uformell samtale. Deretter fortalte jeg om studien og spurte om deres skriftlige samtykke før jeg spurte om det om det var greit at jeg skrudde på opptakeren. Når opptakeren først var påslått var det naturlig å le litt sammen, og bruke humor for å løse opp i anspenheter i situasjonen. Vi flyttet deretter fokuset mot intervjuguiden, og pratet om brukervedvirkning på ulike nivå. Jeg opplevde strukturen på intervjuet som en fordel, i og med at én informant kunne snakke mer om ett tema enn en annen informant. Jeg opplevde dette som en del av den fenomenologisk- hermeneutiske tilnærmingen i intervjuene, som gjorde det mulig å åpne opp for og avdekke tema som erfares av informanten i hennes/hans opplevde livsverden. Det derfor er naturlig at det kommer frem ulike opplevelser og erfaringer knyttet til et tema.

Etter hvert som vi hadde snakket igjennom temaene fra intervjuguiden, ble det naturlig å ta noen pauser til å tenke igjennom spørsmålene. Avslutningsvis spurte jeg om det var noen ting som informanten ville fortelle, før jeg slo av opptakeren. Det kom også opp relevante tema etter at opptakeren var avslått, noe jeg spurte om tillatelse om å få bruke videre i analysen.

Transkribering

Kvale og Brinkmann (2015) oversetter transkribering med å transformere, altså fra tale til tekstform. Forfatterne skriver at det å transformere lyd til tekst innebærer tap av eksempelvis kroppsspråk, tonefall, ironi, holdning og gester. De får frem et godt poeng i at det transkriberte intervjuet er svekket i den forstand at det er reduserte data som er gitt i en annen kontekst. Jeg støtte på utfordringer da jeg måtte beskrive nonverbale aspekter i intervjuet som gester og kroppsspråk, for at transkripsjonene skulle gi mening. Jeg valgte å transkribere til bokmål, da det gjorde det lettere for meg å få oversikt og å analysere teksten i etterkant. Jeg gjorde dette også for å ivareta informantenes personvern, da dialekt kan være indirekte personidentifiserende opplysninger i publiseringen av denne studien.

Analysemetode

Jeg har valgt å analysere transkripsjonene ved hjelp av fortolkende fenomenologisk analyse, oversatt fra engelsk "Interpretative Phenomenological Analysis", videre henvist til som IPA-metoden. Tidligere har jeg redegjort for hva hermeneutikk og fenomenologi er, og derfor vil jeg videre redegjøre for hva det som analysemetode innebærer, før jeg går inn på hvordan jeg gjennomførte analysen. Smith, Flowers og Larkin (2009, s. 79- 107) beskriver analyseprosessen i seks steg:

"Step 1: reading and rereading"

Første steg dreier seg om å dykke ned i tekstmaterialet og gjøre seg kjent med dataene som kommer frem. Forfatterne forteller at det viktigste med dette steget er å lese transkripsjonene og høre på lydopptakene for å få et innblikk i informantens livsverden, og å være aktivt engasjert i tekstmaterialet. De skriver at dette steget ofte faller sammen med andre steg.

"Step 2: initial noting"

Andre steg dreier seg om å ta presise notater, noe forfatterne sier kan være mest tidkrevende på bakgrunn av det å se nærmere på språk, semantikk og mening. Forfatterne oppfordrer til å skille mellom deskriptive, språklige og konseptuelle kommentarer. De forteller at man i dette steget begynner å gjøre seg mer og mer kjent med hva den individuelle informanten snakker om.

"Step 3: developing themes"

Tredje steg dreier seg om det å utvikle tema og hovedkategorier og likevel beholde kompleksiteten med tanke på å relasjoner, forhold og mønstre.

"Step 4: Searching for connections across emergent themes"

Etter å ha identifisert noen hovedtema dreier fjerde steg seg om så å se på hvilken måte hovedkategoriene henger sammen og kategorisere det større bildet, i form av for eksempel polarisering, nummerering, funksjon eller kontraster.

"Step 5: moving to the next case"

Det femte steget dreier seg om når en kommer så dypt i en del av analysen at en må huske å behandle andre deler av analysen på samme måte, noe som ofte innebærer det å gå videre.

“Step 6: Looking for patterns across cases”

Siste steg innebærer det å se etter mønstre på tvers av kasusene, da en gjerne ser flere tema som går inn under samme hovedkategori. Dette steget innebærer å se det store bildet og å se forholdet mellom de ulike momentene.

Jeg begynte analyseprosessen med å ta en utskrift av transkripsjonene, for å så lese utskriften samt å lytte til lydopptakene mens jeg tok noen notater. Da jeg bestemte meg for å lese igjennom og ta notater fra transkripsjonene for andre gang fant jeg nye tema, noen mer spesifikke og andre mer generelle. Etter hvert som jeg hadde lest igjennom transkripsjonene for andre gang benyttet jeg NVivo² til å kode transkripsjonene. NVivo bidro til at jeg fikk større oversikt over alle kodene jeg hadde identifisert på hvert enkelt sitat. Etter å ha kodet transkripsjonene, begynte jeg å knytte sammen og se på forhold mellom de ulike kodene. Dette gjorde at jeg kom frem til flere underkategorier, som jeg valgte å kategorisere i noen hovedkategorier ut ifra problemstilling og intervjuguide. Etter hvert som jeg kom dypere og dypere i analyseringen av intervjuene, merket jeg at jeg kunne henge meg opp i detaljer som gjerne hindret meg i å se det større bildet. Det gjorde at jeg måtte få litt avstand til analysen for å tenke kreativt, se sammenhenger og motsetninger på tvers av alle hovedkategoriene. Dette gjorde det enklere å tenke kreativt rundt hvordan å presentere analysen i oppgaven på en best mulig måte. Noe som òg resulterte i at jeg knyttet sammen noen underkategorier etter å ha sett andre forhold mellom hovedkategoriene. Jeg opplevde at mine første steg i analyseprosessen stemte med slik analyseprosessen er i IPA- metoden. Jeg tok utskrift av intervjuene, tok notater og lyttet til opptakene. Kodingen av transkripsjonene ble gjort i NVivo for å se nærmere på mening og semantikk. Detter kunne jeg utvikle noen underkategorier og hovedkategorier, før jeg tilslutt kunne se sammenhenger mellom de ulike kategoriene.

Refleksivitet og etikk

Kvale og Brinkmann (2015) belyser syv etiske problemstillinger med den kvalitative intervjuundersøkelsen som kan påvirke alle delene av forskningsdesignet. Problemstillingene omhandler ulike sider av konfidensialitet, konsekvensene det har for informanten å delta, hvor dypt uttalelsene skal analyseres og hvorvidt uttalelsene skal verifiseres av informantene.

² Et dataprogram som systematiserer tema og koder fra intervju. Se: <http://www.qsrinternational.com>

Konfidensialitet kommer frem som et viktig etisk prinsipp hos Kvale og Brinkmann, og jeg har derfor sikret konfidensialitet med å anonymisere og omskrive sitater som indirekte og direkte kan gjenkjenne informantene, men på samme tid beholdt informantenes formuleringer for å få frem deres tolkning og erfaringer. Som nevnt er også dette bakgrunnen for at jeg ikke publiserer navn på arbeidsplassen til informantene.

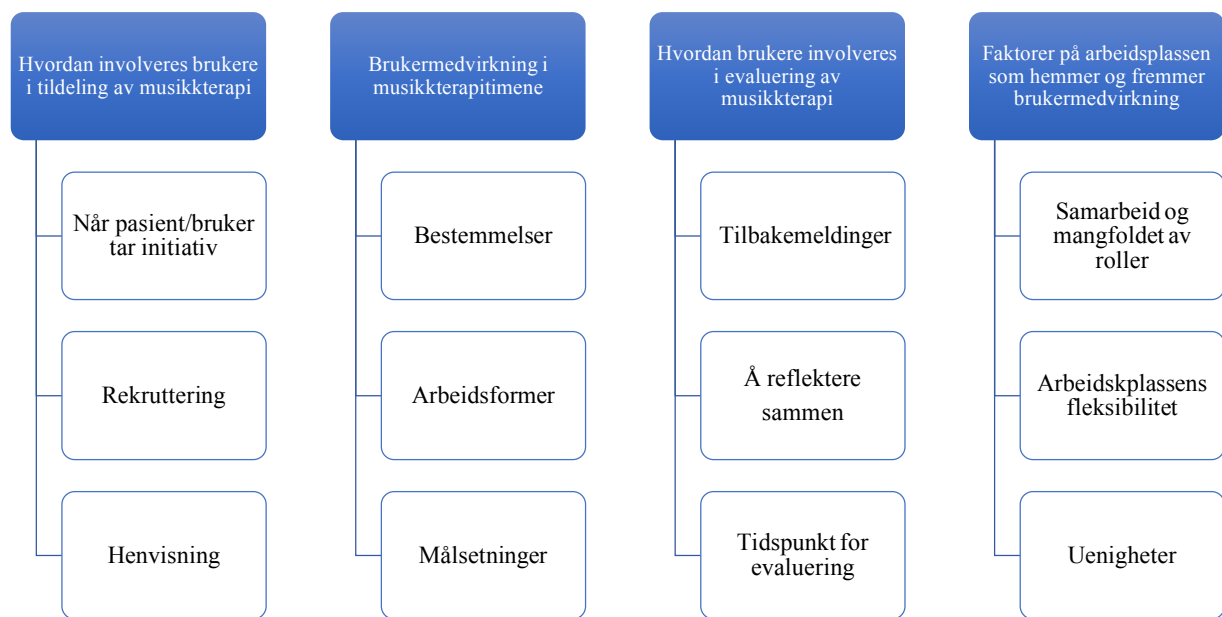
En konsekvens av det å delta i studien var at det ble registrert generelle opplysninger om samarbeidet med brukere. Dette kan være positivt for informanten og arbeidsplassen da det kan øke bevissthet rundt brukermedvirkning på ulike nivå i arbeidskonteksten de jobber innenfor. Jeg forsikret informantenes anonymitet ved å ikke samle inn direkte identifiserende opplysninger med intervjuene. Jeg skrev også om sitater som indirekte kunne identifisere de i den endelige publiseringen av studien. På en annen side er fagmiljøet i musikkterapi lite, noe som gjøre at personer som kjenner miljøet godt indirekte kan identifisere informantene gjennom opplysninger om arbeidsplassen deres.

Kvale og Brinkmann (2015) mener forskerrollen er avgjørende for kvaliteten på kunnskap og for etiske bestemmelser som tas. De skriver at forskerens integritet, empati, sensitivitet, engasjement og evne til å handle moralsk er viktig, da forskeren er det essensielle redskapet for innhenting av kunnskap. Forskerens uavhengighet i studien kan utfordres fra flere hold, blant annet om forskeren har et nært forhold til informantene. Dette kan påvirke forskeren og de data forskeren får i intervjuene. Jeg ser opp til informantene som erfarne musikkterapeuter med flere års erfaring til feltet jeg er interessert i, hvor jeg som student har fått gode erfaringer. Jeg gjennomførte intervjuene med en respekt for deres arbeid og med et engasjement for det tema det forskes på. Kvale og Brinkmann belyser det asymmetriske maktforholdet mellom den intervjuede og intervjueren i det kvalitative forskningsintervjuet. De bemerker at forskningsintervjuet ikke kan betraktes som en gjensidig dialog mellom likestilte deltakere på bakgrunn av at det er kun én part som stiller spørsmål, og som bestemmer hvilke tema som skal snakkes om. Dette asymmetriske maktforholdet gjelder også fordelen forskeren har ved å fortolke den intervjuedes utsagn. På en annen side har de jeg intervjuer også en annen type makt i relasjon til meg, som erfarne musikkterapeuter.

Presentasjon av funn

Jeg vil i dette kapittelet presentere min analyse av datamaterialet. Jeg har kommet frem til fire hovedkategorier (se figur 1): Hvordan involveres brukere i tildeling av musikkterapi; Brukermedvirkning i musikkterapitimene; Hvordan brukere involveres i evaluering av musikkterapi, og; Faktorer i arbeidskonteksten som hemmer og fremmer brukermedvirkning. De tre førstnevnte hovedkategoriene fokuserer på musikkterapeutens erfaring med på brukermedvirkning på individ- og systemnivå mens sistnevnte dreier seg systemets tilrettelegging av brukerinvolvering. Hovedkategoriene har tre underkategorier som jeg ikke kommer til å gjøre rede for i tur og orden, men beskrive i en sammenfattet tekst om hovedkategoriene. I sitatene har jeg valgt å kalle informantene for A, B, og C, og meg selv I for intervjuer.

Figur 1



Hvordan involveres brukere i tildeling av musikkterapi

Informantene fortalte om tre generelle ulike grunnlag for å delta i musikkterapi, deriblant om brukerens eget initiativ, rekruttering, og henvisning. Informantene fortalte om ulike aktuelle tiltak innen psykisk helse å rekruttere brukere til musikkterapi fra, og utfordringer knyttet til dette. Henvisning kom frem som et viktig grunnlag for tildelingen av musikkterapi, der informantene erfarte ulike former for utfordringer ved henvisningsgrunnlaget. Et gjennomgående tema som alle informantene snakket om i forbindelse med grunnlaget for

tildeling av musikkterapi, var organiseringen av tilbudet. Dette var relatert til arbeidsplassens begrensninger og muligheter når det gjelder rekruttering, henvisning, og brukerens initiativtaking.

Informant B forteller at selvstendighet på arbeidsplassen kunne bidra til å gjøre det lettere for brukeren å ta initiativ til å delta i og å danne en gruppe:

B: Ja jeg er veldig i selvstendig i jobben og det jeg gjorde sånn helt konkret var slik som da det ene bandet her ble til. Jeg hadde individuelle timer med to brukere etter hverandre, så det som skjedde i starten var at den første brukeren spurte den andre uten at jeg visste det, ”kan jeg får være med på din time også, så kan jeg få to?”. Og så svarte den andre, “Ja, bare kom inn du”. Og så sitter jeg der som musikkterapeut og tenker ”ja men det er greit det”. Og da sa jeg ikke stopp eller noe, fordi jeg tenkte at ”ja men dette var litt kult egentlig, de fant ut av det selv”.

Som det kommer frem i dette sitatet skjedde danningen av gruppen på bakgrunn av brukernes initiativ. Informanten forteller videre at dette ikke var planlagt på forhånd, men skjedde helt naturlig. Som informanten sier var det å ha to individuelle timer etter hverandre noe som gjorde at brukerne startet en gruppe. Man kan se på dette som at en fleksibilitet hos musikkterapeuter, brukere og arbeidsplasser kan gjøre det lettere å imøtekomme initiativ fra brukerne, og dermed gjøre det lettere å involvere brukere på et individ- og systemnivå.

Informant A fortalte også om erfaringer med at bruker tar initiativ og kontakter musikkterapeut direkte for å få timer. Informanten forteller at dette krever at timeboken ikke er helt fullbooket, slik at han/hun kan imøtekomme spontane initiativ:

A: I utgangspunktet så er jo timeboken min full, og jeg har ikke kapasitet til å ta inn noen flere. Jeg prøver jo alltid å ha et ”spillerom” i time-boken min. Altså hvis det skjer noe, så må vi prøve å få til noe.

I: Så du har alltid en liten ”slakke”?

A: Ja, men altså noen vil jo kanskje si at jeg burde bare fylle helt opp, men på den andre siden så er det jo noen som kommer inn. Da prøver vi litt, og har kanskje et par timer sammen, og så kommer de ikke mer. På den måten er det en litt mer naturlig flyt,

og at det blir litt gjennomtrekk og rom for at folk skal få prøve seg. Det går litt sånn av seg selv.

Når informant A og B forteller om brukernes initiativ om å få musikkterapi, snakker de om viktigheten av arbeidskontekstens fleksibilitet for å imøtekomme initiativet. Informanten forteller videre at når en bruker spør musikkterapeuten om å ha musikkterapi, så innebærer det at musikkterapeuten ikke vet noe om brukeren på forhånd. Informanten forteller at det ofte er greit å ikke vite alt, og om fordelene med å bare la det gå sin gang.

A: Jeg vet jo ikke alt om de som kommer til meg. Det er ikke alle jeg har lest meg grundig opp på. Noen ganger så kan det være greit å ikke vite alt, og bare la det gå seg litt til.

Informant C forteller om positive erfaringer med å være tilstede i miljøet på avdelingen når det gjelder rekruttering. Informanten forteller at brukere ofte spør om å få ha musikkterapi på åpne tilstelninger i miljøet, og sier videre at det første møtet med brukeren ofte er i miljøet. To av informantene er enige når det gjelder å snakke med brukerens behandler og miljøpersonale, etter at brukeren har spurt om å få musikkterapi. Informant C sier at det dreier seg mest om å avtale tidspunkt, siden brukeren ofte ikke har oversikt over egen timeplan. Musikkterapeuten må derfor spørre miljøpersonale og behandler om å se avtaleboken til brukeren.

Informant A forteller også om betydningen av å ha et skilt på døren der det står ”musikkterapi”. Det har ofte resultert i nysgjerrige brukere som forteller at de selv kan se en kobling.

A: Når jeg spør ”vet du hva det kan være for deg?” Da svarer brukerne gjerne ”nei jeg har nå sett skiltet på døren, musikkterapi, vel jeg tenker at det... jo det er jo bra for meg...” De har et forhold til musikk på en eller annen måte, hvor de gjør en slags kobling selv og kan relatere det til egen helse, uten at det bruker de ordene. ”Nei, altså det kan jo være gøy å gjøre noe”.

A: Og da forteller jeg litt om retningslinjer og hvorfor jeg er her, på hvilken måte jeg kan bidra, hva jeg synes musikkterapi er godt for når det gjelder de utfordringene de

har, og hva de kan jobbe med og slik. Så det er jo litt informasjonsarbeid, og å tidlig få de til å tenke på hvordan de kan bruke tiden med meg.

Det fortelles om ulike fordeler knyttet til miljøarbeid, deriblant hvordan miljøet kan tilrettelegge for, og gjøre det lettere for brukeren å ta initiativ til å ha musikkterapi. Det kommer også frem at dette er en bevisstgjøringsprosess når det kommer til hvordan brukerne kan bruke tiden med musikkterapeuten. Informant B forteller også betydningen av å informere helsepersonell som helsesøstre på skoler, støttekontakter, og andre helsepersonell fra andre foretak innen psykisk helse som BUP, PBU og DPS. Informanten forteller at denne måten å rekruttere på, bidrar til variasjon blant brukerne av musikkterapitilbudet på arbeidsplassen. En utfordring med dette er knyttet til gruppedynamikk på gruppetimer, noe informanten har erfart kan være ubalansert og være en ulempe ved å ha løse rammer på arbeidsplassen.

Det kommer frem at brukernes ønsker og initiativ til å få musikkterapi kan både fremmes og begrenses av de profesjonelle behandlernes henvisninger til musikkterapi. Alle informantene sier at henvisning er et viktig grunnlag for å få delta i musikkterapi på deres arbeidsplass, og at de har ulike erfaringer når det kommer til hva henvisningsgrunnlaget til behandleren/miljøpersonalet innebærer. En informant forteller at henvisningsgrunnlaget har vært at behandler har prøvd alle andre innfallsvinkler, men at ingenting fungerer, og at bruker derfor henvises videre til musikkterapeut for å prøve ut nye behandlingsmetoder. Informant B erfarer at henvisningen kan innebære at behandler har fanget opp at bruker liker musikk. Informant A sier at behandlerne skriver hva utfordringen er og hvorfor musikkterapi kan være nyttig for denne personen. To av informantene forteller at god informasjonsflyt i samarbeidet med de ulike rollene på arbeidsplassen er viktig for å forstå hva henvisningen innebærer.

En informant forteller at utfordringen med henvisning er at informanten opplever at det er mangel på et godt fungerende system for henvisning, da henvisningsskjema ikke blir brukt av alle behandlerne, og heller ikke på en systematisk måte.

C: Utfordringen er at det fort blir for de som er musikkinteresserte. De som har sunget i kor, som kan spille gitar eller piano, eller de som hører på mye på musikk.

Derfor blir jeg litt glad når jeg får henvisning fra noen som i utgangspunktet ikke er musikkinteresserte. Noe av det jeg presiserer hele tiden er at man ikke trenger å ha

spilt eller ha noen musikk-bakgrunn. Vi kan lytte til musikk og prate sammen og det er det, og det kan være nok terapi i seg selv. Mange tenker at ” han er jo så musikalsk, så han kan gå i musikkterapi”, mens jeg hele tiden må si at det ikke trenger å være noen sammenheng.

Informant C forteller at en utfordring knyttet til henvisning er at det ofte har vært musikkinteresserte som har blitt henvist av miljøpersonale og behandlere. Derfor opplever informanten glede over å få henvisning av noen som i utgangspunktet ikke er musikkinteressert. En forståelse av dette er at det henvises på bakgrunn av en oppfattet interesse hos brukeren, og ikke nytteverdi uavhengig av interesse. Informant A opplever andre utfordringer med henvisning, deriblant i prioriteringen av ventelisten til alle brukerne som vil ha musikkterapi:

I: ... så du prioriterer de brukerne som kanskje ikke har så mye nytte av andre tilbud, kontra en som har nytte av andre tilbud, er i fast jobb, osv.?

A: Ja, familie, arbeid, oppfølgingstilbud, kanskje de studerer. Så det er litt sånn hele tiden en sånn avregning sant.

I: Har du måttet avvise noen?

A: Ja, men det er ikke så lett å generalisere, for i noen tilfeller vil jo gjerne behandleren mene at denne brukeren bør bli prioritert, ikke sant. Så er det slik at hvis denne brukeren ikke hører til den avdelingen jeg er ansatt ved, så er det litt slik at jeg må si at jeg bare har så mye tid, og at jeg har gitt dette tilbudet til denne avdelingen. Men jeg vet jo at rundt om kring på huset så sitter det gjerne mange behandlere som gjerne kan føle at sin pasient ikke får nok tid, men jeg har bare to timer i uken til den avdelingen, og da er det fullt. Noen pasienter som kommer til behandling blir værende her lenge, og flere ser jeg ingen grunn til å avslutte behandlingen med enda. Vi kan ikke avslutte et godt behandlingsforløp, bare for å gi noen andre plass.

Det kommer frem at det prioriteres i ventelisten, brukere fra avdelingen informanten jobber på. Dette er tilknyttet hvordan musikkterapistillingen er organisert. Informant A og B forteller at brukerne har tilbudet så lenge de vil, så fremt de møter til timene. Det kommer frem at henvisning kan være viktig for å formidle ønsker om musikkterapi fra brukere som er mye på eget rom og lite i miljøet. Man kan si at dette er brukermedvirkning, ved at det uttrykkes som et ønske og har terapeutisk verdi for brukeren og miljøpersonalet. Dette synet blir imidlertid

utfordret idet man må prioritere andre brukere på arbeidsplassen, eller at henvisningen kun refererer til én musikalitet hos brukeren. Som det kommer frem, fortelles det om betydningen av tilstedeværelse i miljøet i form av rekruttering og for å gjøre det enklere å ta initiativ, utfordringer knyttet til henvisning, og prioriteringer i ventelisten.

Brukermedvirkning i musikkterapitimene

Informantene fortalte om flere erfaringer med brukermedvirkning i musikkterapitimene. Erfaringene var tilknyttet det å jobbe med ulike arbeidsformer, og ulike former for bestemmelser og målsetninger. Et tema som gikk igjen hos alle informantene var myndiggjøring av bruker. Informantene var opptatt av at brukerne skulle bestemme innholdet i musikkterapitimene i størst mulig grad. Det var utgangspunktet for at informantene først presenterte de ulike arbeidsformene informantene hadde å tilby, og at brukerne deretter kunne bestemme seg og gjøre et valg:

C: Jeg presenterer noen muligheter, fordi de aner jo egentlig ikke hva musikkterapi er eller hva vi kan gjøre. Jeg kan si litt om hvilke muligheter vi har, hva noen liker å gjøre, og så spør jeg de etterpå om de har noen ønsker.

Informanten forteller om det å få gjøre et valg mellom ulike arbeidsformer som det å snakke om musikk, lytte til musikk, improvisere, skrive sanger, og å spille kjente sanger.

Informantene forteller om ulike behov for rammer, deriblant forteller informant B om det å snakke om musikk som en struktur i timene å forholde seg til, og som en viktig start på en prosess, samt det å ha med seg noe å skrive på og stille åpne spørsmål.

B: Det kan være greit å begynne med en struktur å holde seg til. Slik ”Ja nå har jeg den sangen, vi begynner med den da.” Også sier brukeren ”jaaa dette er Beatles ja, det likte jeg på 70- tallet”, ”åja hvorfor likte du det?”. Slik blir de mer engasjert. Som regel har folk noe å si, og ofte i starten at jeg har ei blekke jeg skriver på, også spør jeg litt om hvilke artister de liker, og hva de liker å synge. Jeg stiller ofte litt åpne spørsmål i starten for å finne ut hva de liker eller hvilket forhold de har til musikk, og hva de har lyst til å gjøre.

Det kan se ut som at informanten strukturerer ved å sette noen rammer og har en konkret metodikk i starten av et forløp som åpner opp for å utforske klientens musikkpreferanser. Informant C forteller også om erfaringer med ulike måter å strukturere musikkterapitimene på, med tanke på hvilken tilstand brukeren er i, dagsform, hvilken respons musikkterapeuten får, og bakgrunnsinformasjon om brukeren.

I: Hva er det som gjør at du av og til merker at du må sette strammere rammer, eller tilby flere valg?

C: Det er brukerens tilstand, tenker jeg. Jeg kjenner ofte brukerne her før de kommer til musikkterapi. Jeg har ofte møtt de i miljøet, jeg har hørt om de på møter, jeg kan lese journalene deres, og jeg har ofte en viss formening om de på forhånd. Her har vi jo brukere som kan være i en manisk fase for eksempel, som trenger helt andre strukturer enn brukere som bare vil ligge i senga si og ikke stå opp til noen ting. Så er det også forskjell på responsen, hvor jeg ofte ser hvem som er villig til å prate og ser hvem som ønsker det, og kan ta det med videre.

C: Altså bakgrunnsinformasjon, det man skal kalle dagsform, og hva slags respons jeg får.

Informanten forteller at bakgrunnsinformasjon, dagsform og respons underveis er kilder til informasjon som gjør at musikkterapeuten enten strukturerer timen med rammeaktiviteter og metodikk, eller gir et helt fritt valg. Videre forteller informantene at i gruppetimer må den individuelle brukeren i større grad tilpasse seg andre, i motsetning til i en individuell time. Det gjør at brukeren bestemmer mindre i grupper og mer i individuelle timer. Informanten forteller også om fordeler knyttet til å ha en fastsatt rammeaktivitet på gruppetimer:

B: Av og til må man ha litt rammer. Slik som den gruppen jeg har nå, så kommer det jo stadig inn nye, da det er et lavterskeltilbud, og da må jeg jo ha noen faste aktiviteter jeg følger. Hvis ikke kan det bli litt rotete, så det gjelder å finne balansen.

Som tidligere nevnt forteller alle informantene at de er opptatt av at brukeren skal få bestemme mest mulig, altså en myndiggjøring av brukeren. De forteller også om avgjørelser de er opptatte av at brukeren skal slippe å ta, deriblant det å velge mellom to sammenfallende tilbud. Det kom også frem hva de gjør i situasjoner hvor brukeren ikke vet hva hun/ han vil gjøre. Informantene forteller om to ulike former for utfordringer tilknyttet myndiggjøring.

Den første er situasjoner hvor musikkterapeuten utfordrer bruker, og den andre er situasjoner hvor brukeren utfordrer musikkterapeuten. To informanter trekker frem det å legge opp til at brukerne kan føle eierskap, som et viktig moment i myndiggjøringen av brukeren. Alle tre informantene erfarer det å gi tid og rom som et moment som kan gjøre det lettere for brukerne å uttrykke egne ønsker og behov. Informant C skildrer en situasjon hvor informanter utfordrer brukeren ved å minne om fastsatt målsetning som bruker ønsket å oppnå med musikkterapien:

C: Noen ganger må jeg gjøre noe som ikke er så kjempegøy, som å legge litt pedagogisk opplegg rundt det og være litt streng ved å si ”det her må vi ta om igjen”. Metoden jeg velger er det ikke alltid brukerne som har plukket ut. Jeg har for eksempel hatt en bruker som ville spille trommer, og være god på det, og som gjerne vil spille i band når hun ble skrevet ut. Da kunne hun ikke bare sitte og kose seg og spille samme taktart hele tiden. Da måtte jeg utfordre litt, og gi noen oppgaver og utfordringer, som brukeren ikke alltid satte like stor pris på. Men i det store bildet så ble vi enige om at det var bra.

Informanten sier at det er en enighet mellom informant og bruker om at utfordringen musikkterapeuten gir brukeren, var bra. Denne utfordringen er i overensstemmelse med målsetningen brukeren ønsket å nå. Musikkterapeuten forteller at dette er en bevisst utfordring hun/han gir til bruker, som bidrar til en myndiggjøring. Alle informantene forteller at målsetning er noe brukeren må sette selv, samt hvor sterkt fokuset på målsetningen skal være.

Alle tre informantene fortalte om situasjoner der de har blitt utfordret som musikkterapeut, på musikalsk fleksibilitet eller som terapeut. Informant B forteller om erfaringer med å vise utfordringer, og å få begrensninger som musiker, som kan bidra til å trygge situasjonen, senke forventninger, og øke relasjonen mellom musikkterapeut og bruker, såfremt man beholder roen og er ærlig.

B: Hvis man har med en sang hvor bruker sier at ”nei dette er feil toneart, vi må legge den ned fem toner”, da får jeg fått brynt meg veldig. Da må jeg ha med meg penn og papir og transponere.

I: Da stopper du opp timen?

B: Ja, jeg sier for eksempel at ”nå må jeg ha tre minutt, jeg klarer ikke å gjøre alt dette på en gang”, og da får de bare tåle å vente litt. Man trenger ikke å være redd for å stoppe opp litt i timen. Vi er ikke noen supermenn som kan gjøre alt med en gang, og jeg tenker at man må kunne si til brukeren at ”jeg kan ikke alt”, selv om det kan føre til at de ikke ser på deg som supermann. Du trenger ikke å være den de sier ”du er så flink i alt” til, da kan avstanden bli litt stor. Og vise at du ikke er perfekt tror jeg er viktig, så lenge du beholder en indre trygghet og ro, og man må kunne vise at de ikke kan forvente at du skal klare alt.

Informanten forteller altså her om egne begrensninger i fleksibilitet som musiker, og viktigheten av å tørre å vise at en ikke kan alt. Å gi tid og rom var et gjennomgående tema hos informantene, og min forståelse av sistnevnte eksempel er at tid og rom ikke nødvendigvis alltid gis av musikkterapeuten, men også av brukeren. Musikkterapeut og bruker gir hverandre tid og rom. To informanter skildret det å gi tid og rom i situasjoner med låtskriving, hvor informantene opplevde å må å trekke tilbake eget engasjement for å slippe andre til og gi rom til de andre brukernes bidrag. To informanter snakket om å gi tid og rom i form av å gi muligheten til å spille/øve på et øvingsrom utenfor musikktime. En informant relaterte begrepet til såkalte flytopplevelser, hvor en glemmer tid og rom og er sammen i musikken. Informant A relaterte begrepet direkte til det å ta bestemmelser, når bruker ikke vet hva han/hun vil:

A: De har ikke hatt musikkterapi før, men gjerne hatt andre polikliniske terapitimer, som for eksempel samtalerapi hvor det veldig ofte er slik at jeg sitter her og du sitter der og jeg stiller deg spørsmål, og du svarer. Veldig mange blir overrasket når de kommer ned hit og jeg sier ”okey her er rommet, du har alle disse instrumentene, vi har et studio vi kan jobbe i, og vi kan lage musikk på datamaskinen. Vi kan sitte og høre på musikk, jeg er med på alt, men jeg vil gjerne høre hva du har lyst til å gjøre”. I det ligger det kjempemange valg, men da begynner man gjerne slik at jeg spør ”men hva liker du?”. Sant. Da svarer de gjerne ”nei, jeg vet ikke”, og da kan jeg fortelle litt om hva jeg holder på med. Da spiller vi gjerne musikk av bandet mitt eller musikk som opptar meg, og slik blir de også bedre kjent med meg. Hvis de ikke har noen respons, så skal man være forsiktig med å si slikt som ”men da sitter vi her til du kommer på noe”. Noen ganger kan man derimot si slikt, såfremt man kjenner brukeren godt.

Informanten forteller om ulike måter å gi tid og rom på, blant annet en utfordrende måte, som brukes i tilfeller der bruker trenger grenser, og som avhenger at informanten og bruker kjenner hverandre godt. En annen måte å gi tid og rom på er å dele egne interesser som musiker, og bli kjent med hverandre. Informanten forteller videre om viktigheten av å holde det enkelt, og å ikke gi for mange valgmuligheter om bruker ikke vet hva han eller hun vil gjøre i timen.

A: Det handler om å gi de enkle beskjedene, og begrense valgene slik at de ikke blir forvirret. Jeg merker at det er fort gjort som musikkterapeut å bli engasjert og giret selv, og da må jeg ta tak i meg selv, ta et skritt tilbake og gi rom til at denne personen kan finne sin egen vei.

I: Gjelder dette også tidsbruk i timen?

A: Ja altså, noen ganger så er det jo slik at vi ikke finner helt veien, hvor jeg merker at vi ikke er i gang med å spille. Da sitter de gjerne mer for seg selv og holder på, og da kan jeg sitte og høre på, men gjerne stoppe de og si: ”det du gjorde der, det var kult”, ”kan ikke du bruke det som et utgangspunkt, og så spille den delen?”. Det kan være et par toner, to akkorder eller at jeg merker at det er noe her. Da kan jeg få de til å tenke ”hva gjorde jeg?”, også jobber vi med det.

Informanten forteller at denne måten å jobbe på kan relateres til idéutvikling, der en tar tak i konkrete idéer. Som nevnt kan det være to akkorder, et riff, noen overtoner, og det kan være grunnlaget for en sang. Å holde det enkelt med begrensede valg, og å trekke seg tilbake i samspillet, kan være én måte å gi brukeren tid og rom til å finne sin egen vei.

Hvordan brukere involveres i evaluering av musikkterapi

Informantene forteller om ulike måter evaluering av musikkterapitilbudet på arbeidsplassen deres skjer på. De snakket om brukernes tilbakemeldinger, det å reflektere sammen, og om ulike tidspunkt for evaluering. Alle informantene fortalte om betydningen av brukernes tilbakemeldinger i evalueringen av musikkterapiforløpet. En informant fortalte om manglende etterspørsel av brukernes evalueringer av musikkterapitilbudet på arbeidsplassen. Et gjennomgående tema var at evaluering i stor grad dreide seg om musikkterapiforløpet som brukeren hadde benyttet seg av, og brukerens refleksjonsnivå i en terapeutisk prosess. De

snakket også om at dette skjer på et individuelt tidspunkt på arbeidsplassen, altså på slutten av timen, på slutten av et semester, eller etter en konsert.

En informant fortalte om ulike former for tilbakemeldinger, enten av verbal eller nonverbal karakter. Informanten erfarte tilbakemeldinger som kan fremstå som unnvikende for musikkterapeuten, og hva denne formen for tilbakemelding kunne innebære. Noe som avhenger av å kjenne personen det gjelder.

I: Hvis de sier for eksempel ”ja nei, dette her passet ikke helt for meg da”, ”nei jeg opplevde det ikke helt sånn”, eller ”jeg synes dere kan gjøre litt mer sånn og sånn”. Hva skjer med de tilbakemeldingene?

A: Nei de blir jo selvfølgelig tatt på alvor, det må man jo. Dette handler om å kjenne personen, og i sånne tilbakemeldinger kan det også ligge unnvikende atferd. De sier gjerne at dette kanskje ikke er noe for meg, og at de ikke skal holde på med dette lengre. Det gjelder jo ikke bare musikkterapi, og det å prøve litt og se at hvis en bruker sier ”jeg vil ikke” så prøver jeg så godt jeg kan å motivere de, og prøve å få de til å ikke ville slutte. Særlig når jeg merker at vi har holdt på med noe som er produktivt, og som jeg ser at de har utbytte av.

Informanten nevnte tilbakemeldinger som innebærer at brukeren ikke vil fortsette med tilbudet, men hvor man ser at brukeren har et godt utbytte, så er det viktig å motivere de til å fortsette, og ta tilbakemeldingene på alvor uansett hva de innebærer. Det kan se ut som at evaluering her dreier seg om brukerens nytteverdi av musikkterapi. Informant B trekker frem det å kunne takle tilbakemeldinger og problemer brukerne har, sammen som en gruppe.

B: I disse bandene, så er det en del av prosessen at de selv skal finne gitar og plugge i selv. Jeg gjør ikke det for dem, for de skal klare det selv. Jeg opplever de ikke som hjelpeløse, og jeg prøver på en måte være litt rolig. Selv om rommet ikke er klart før alle kommer så, kan man faktisk bruke 10 minutter av tiden på å klargjøre rommet sammen, så lenge de viser evnen til det. Hvis de ikke er med, og ikke klarer å være med, så må jeg tilrettelegge litt. Jeg prøver å ligge litt foran de, og dersom jeg ser et behov så tar jeg tak i det.

Det kan virke som at informanten er opptatt av myndiggjøring når det fortelles om å løse problemer sammen som en gruppe. Som eksempelet nevnt ovenfor, kan det være det å bruke 10 minutter av timen til å rigge opp utstyr sammen. To av informantene fortalte om det å reflektere sammen, hvor man deler opplevelsen av musikken og den terapeutiske prosessen.

A: Det er viktig å evaluere sammen. Jeg kan si noe hvor de reagerer med ”nei, det er ikke sånn”. Kanskje har jeg kommet med observasjoner eller erfaringer som de ikke føler stemmer helt overens med deres opplevelser, og da er jeg jo helt ærlig på det. Jeg ser jo bare det jeg ser, og det er ikke alltid at det jeg ser, er det som skjer.

Her forteller informant A om viktigheten av å dele opplevelsen av musikkterapien. Informanten sier det er ikke sikkert brukeren og musikkterapeuten har samme opplevelse. Dette viser likeverdigheten mellom bruker og terapeut, i refleksjoner i den terapeutiske prosessen. Informant C forteller om ulike nivå av refleksjoner, der et grunnleggende nivå er å reflektere over det musikalske. Informanten forteller at det har mye å gjøre med hvordan brukeren bruker musikkterapitimene, og hvorvidt timene brukes på å lære seg et instrument. Informanten forteller videre om erfaringer med situasjoner der det ikke er nødvendig å reflektere rundt terapeutiske prosesser.

C: Noen synes det er gøy å spille gitar, og det er ikke alltid de har tenkt noe mer over det.

I: Dere jobber litt indirekte?

C: Ja, det gjør vi jo med alle, men hos noen kan vi sette ord på det, og drøfte det sammen, mens med andre så kommer man ikke så langt med det.

Det er heller ikke noe vi drøfter, vi setter ikke ord på det. Men vi ser jo at det skjer, og vi ser jo at de kan ta med seg en eller annen trygghet videre inn i andre sammenhenger, for eksempel. Uten at det er noe vi trenger å snakke om, nødvendigvis, i musikkterapitimene. Jeg prøver å stille åpne spørsmål, men ofte så får jeg ikke mye svar. Og da tenker jeg at det er greit.

Det fortelles her om opplevelsen av at det ikke er behov for å reflektere rundt en terapeutisk prosess. Det ser ut til at informanten har spurt bruker om opplevelsen av forløpet, men ikke fått noe svar, og at det er greit å ikke alltid få svar. Informant C opplever også ulike former for tilbakemeldinger, deriblant de av nonverbal karakter, som er like viktige. Informanten

forteller at det kan være verdifullt når verbale tilbakemeldinger er få, men inneholder ulike grader av refleksjon. Altså fra opplevelsen av det musikalske samspillet, til opplevelser av hva musikkterapiforløpet har bidratt til. Informanten ser på kontinuitet i deltagelse i musikkterapiforløpet, og gylne øyeblikk i samspillet som former for nonverbale tilbakemelding.

C: Innimellom så har vi kjempefine samspill, det skjer masse og de lyser opp! Men det blir jo bare min følelse av det. Når det skjer mange slike gylne øyeblikk i samspillet, og det skjer mye spennende, så kan jeg spørre om det etterpå og bare få til svar at ”nei det var fint.” Og da får jeg ingenting, og da må jeg jo bare føre mine tolkninger og observasjoner over i samspillet, ut fra det som skjedde. Det kan være mange grunner til at de velger å ikke fortelle om det, og da tenker jeg at da får vi bare åpne opp for muligheten, og så får de ta imot den eller ikke. Det kan bare være det musikalske også, og med noen så er det ofte ikke noen gylne øyeblikk eller noe slike ting i timene, men bare det at de møter opp hver uke. Hvis de ikke møter opp på noe annet, men at de står opp av senga og kommer hver gang, da må man tolke det som at her er det noe og her betyr det noe, for de kan jo velge å la være å delta.

Som nevnt ovenfor opplever informanten noen gylne øyeblikk i det musikalske samspillet som gjør at informanten tenker at det hadde en nytteverdi for brukeren. Dette forblir viktige øyeblikk når bruker deler lite av sin egen opplevelse av samspillet og forløpet. Informanten mener det da er viktig å gi muligheten til å gi verbale tilbakemeldinger, og å gjøre sine egne tolkninger og få opplevelser utover i det musikalske samspillet.

Informantene forteller om ulike tidspunkt for når evaluering passer, deriblant på starten av timen, underveis, på slutten av timen, eller på slutten av et semester. Informant B erfarer at brukere kommer med tilbakemeldinger på starten av timen, eller hvis de har spilt konsert eller lignende sammen. Informanten forteller at de da har pratet uformelt sammen på starten av timen. Informant A forteller at evalueringer på slutten av et semester ofte innebærer en bevisstgjøring av målsetninger, hvor veien går videre, og hvordan man kan utfordre seg selv.

Når informantene forteller om evaluering, kan det virke som at det i stor grad snakkes om individuelle terapeutiske prosesser, altså musikkterapiforløpet. Det kan se ut til at det snakkes lite om evalueringen av musikkterapitilbudet og de opplevelser brukerne har av hva i tilbudet

de mener er bra og ikke. De forteller om refleksjonsnivå, ulike former for tilbakemeldinger, og når evalueringen skjer.

Faktorer på arbeidsplassen som hemmer og fremmer brukermedvirkning

Alle informantene snakket om erfaringer med faktorer på arbeidsplassen som hemmet og fremmet brukerinvolvering på ulike nivå. Når det gjelder faktorer som fremmer brukermedvirkning, fortalte to av informantene om ulike former for samarbeid på individnivå og systemnivå som støttet opp under brukermedvirkning. Videre erfarte alle informantene at arbeidsplassens fleksibilitet var viktig for å kunne imøtekomme brukerens ønsker. Når det gjelder faktorer som hemmet tilrettelegging av brukermedvirkning fortalte en informant om uenigheter med behandler. En annen informant trakk frem det å dele lokale med andre aktører. Det gjorde at jeg satt igjen med at samarbeid og arbeidsplassens fleksibilitet er viktige faktorer som fremmer brukermedvirkning, og at uenigheter med behandler, og å dele lokale med andre, er faktorer som hemmer brukermedvirkning.

Informant A forteller om likeverd blant de ansatte på arbeidsplassen som et viktig moment i et samarbeid. Her trekker informanten frem erfaringskonsulenters arbeid:

A: Det er et såpass bredt fagfelt og så mange dyktige fagfolk, og dette gjelder spesielt erfaringskonsulentene også. Deres jobb er på lik linje med alle andres, og bare dette med at de har en stemme i behandlingsmøter, og at denne brukeren eller denne personen vil bruke erfaringen mer på lik linje.

Informanten snakker altså her om ansatte erfaringskonsulenter og ikke brukerrepresentanter. Det kan her se ut til at erfaringskonsulentene blir sett på som likeverdige i tverrfaglig samarbeid på arbeidsplassen, i og med at de er ansatt der. Videre snakker informanten om at mangfoldet av roller gir en bredde i behandlingstilbudet, noe som bidrar til at behandlingen lettere kan tilpasses den enkelte. Informanten sier at det er flere erfaringskonsulenter på arbeidsplassen som jobber på individ- og systemnivå, og at det er noe det legges til rette for. På individnivå fortelles det om positive erfaringer med å jobbe med en erfaringskonsulent i gruppetime:

A: Noen ganger nå i høst har jeg hatt en lytte-gruppe sammen med en psykiatrisk sykepleier. Det har hendt noen ganger at sykepleieren ikke har hatt anledning til å være med, og da sier jeg på morgenmøtet at ”hvis en av dere har lyst til å være med, så kan dere bli med”. Da har jeg hatt med den ene erfaringskonsulenten vår, og jeg vet jo at denne personen har brukt musikk for å dempe stemmehøring og slike ting, og da har erfaringskonsulenten gjerne fortalt litt om det. Og da er det noen av de som er med i denne gruppetimen som jeg ser erfaringskonsulenten klaffer veldig med umiddelbart. Det er folk jeg har kjent lenge, og som jeg aldri har kommet i posisjon til å snakke med om disse tingene, men hvor erfaringskonsulenten går rett inn. Det som så skjedde var at jeg etter denne timen, sa til en av de som var med i den gruppen, at kanskje det er lurt at du og erfaringskonsulenten kan snakke sammen.

Som det kommer frem innebærer erfaringskonsulentens arbeid på individnivå på avdelingen, å fortelle om egne erfaringer med bruk av musikk for å dempe stemmer, til andre brukere i en lytte-gruppe. Informanten mener dette kan åpne opp samtaler om tema som en musikkterapeut ikke har kommet i en posisjon til å snakke om. Informanten forteller videre at denne måten å jobbe på innebærer spontanitet og fleksibilitet på arbeidsplassen, som gjør det lettere å involvere erfaringskonsulenter i grupper. Et annet moment ved spontanitet og tilfeldighet er betydningen av at erfaringskonsulentene er synlige i miljøet.

A: De er veldig synlige i miljøet, og de presenterer seg som brukere med brukererfaring, og de sier gjerne at ”hvis det er noe så må du bare ta kontakt”.

Informanten forteller om fordeler knyttet til det å ha erfaringskonsulenter synlige i miljøet på arbeidsplassen, og at det gjør arbeidsplassen i større grad fleksibel, med tanke på å følge opp spontane ideer og initiativ fra ulike roller. Informant B fortalte om gode erfaringer med brukerrepresentanter på arbeidsplassen, og at representanten tok del i en evaluering av musikkterapitilbudet. Informant C opplever at det ikke er noen brukerrepresentanter, og at det ikke er mange erfaringskonsulenter som medvirker på individ og systemnivå på arbeidsplassen. Det begrunnes i at det er fast struktur på arbeidsplassen, spesielt med tanke på fastsatte tidspunkt for gruppetimer. I og med at informanten står fritt til å legge opp innholdet i timene, velger informanten å gjøre det med fokus på brukermedvirkning, noe som gjør at brukerne i stor grad står fritt til å påvirke innholdet i individuelle musikkterapitimer. Informanten opplevde at det var lite motivasjon blant brukerne til å ville delta i

beslutningsprosesser på systemnivå. Informanten fortalte derimot om positive erfaringer knyttet til pårørenderepresentantens involvering på systemnivå, der representanten var i stor grad medbestemmende i beslutningsprosesser angående tjenesteutviklingen av musikkterapitilbudet på arbeidsplassen.

Informant A forteller også at enigheten om en teoretisk forståelsesramme på arbeidsplassen gjør det lettere å involvere brukere på individnivå og systemnivå. Det ikke er noe personene med ulike roller på arbeidsplassen, trenger å diskutere eller snakke om. Informant C forteller at samarbeidet med miljøpersonalet gjør det lettere å fange opp aktuelle brukere som kan være interessert i å ha musikkterapi. Informanten etterspør tilstedeværelsen av erfaringskonsulenter på systemnivå, samtidig som at det presiseres at brukerne har hatt mulighet til å påvirke systemet på individnivå i timene.

Alle informantene trekker frem at arbeidsplassens fleksibilitet er viktig for å imøtekomme brukerens ønske. Informant C forteller om positive erfaringer med en fleksibel arbeidsplass:

C: I noen tilfeller i en periode etter utskrivelse, hvis det kan forsvares, så sier man at man har en overgangsfase på fire uker etter utskrivelse hvor de kan komme tilbake.

Som informanten sier så er arbeidsplassen fleksibel, så fremt det vist det kan forsvares, til å kunne musikkterapi timer om brukerne ønsker det. På samme tid forteller informanten at dette går på bekostning av miljøarbeid eller annet arbeid, og at det er etiske problemstillinger knyttet til fleksibiliteten.

Informant B trekker frem en løs struktur på arbeidsplassen både som en fordel og et hinder når det gjelder å tilrettelegge for brukermedvirkning. Informant B mener at det kan gi brukeren frie muligheter.

B: Her handler det om kreativitet, og evnen til å se muligheter der hvor det kanskje ikke virker som at det er mulighet til det.

Informanten sier at dette gjør arbeidsplassen fleksibel i stor grad, og at det gjør det enklere å være kreativ og å se muligheter. Men på en annen side kommer det frem at det kan legge mye ansvar over på musikkterapeuten. Informant B forteller at det å dele lokale med andre er et

moment på arbeidsplassen som kan hindre brukermedvirkning med tanke på dobbelt-reservasjoner av rom.

B. Jeg må vike for de andre som har reservert rommet, som er viktigere. Da er det ofte veldig mye bråk fra de, og jeg hører brukerne si ”aah skal vi være her, vi liker det andre rommet bedre” . Men det har jo fungert, du må jo bare ta det du får. Kanskje det skulle vært litt mer struktur på fasilitetene, og med et så åpent øvingslokale så blir det mye rot, det er ikke så koselig.

Informanten forteller at den løse strukturen på en slik arbeidsplass kan oppleves som kaotisk, noe som kan være slitsomt over tid, og som at det kan være til hinder hvis det er mangel på et godt rombookingsystem. Informant C forteller at uenigheter musikkterapeuten har med behandlere kan være et hinder for brukermedvirkning på arbeidsplassen. Informanten sier at det da dreier seg om en uenighet om hvorvidt musikkterapi kan benyttes, der det har endt med at behandler bestemmer at musikkterapi ikke kan benyttes i et bestemt tidsrom.

C: Vi har hatt noen episoder hvor vi er uenig med behandler om hvorvidt musikkterapi skal benyttes eller ikke, og det har særlig vært hvis brukeren er i en manisk fase eller er psykotisk og inne på skjermet avdeling hvor de ikke skal ha noen stimuli, og få inntrykk. Da må vi må ofte gå inn til behandler, og forklare at vi vil komme inn og tilby noe beroligende, og prøve å gjøre rolige og stille aktiviteter. Vi kan eventuelt fungere som en kanal, hvor man faktisk kan få utløp for litt energi.

Det kan her virke som om at uenighetene grunnes for lite kunnskap og informasjon om musikkterapi med brukere av et tiltak innen psykisk helse, noe som er viktig og kan være utfordrende å formidle til andre yrkesprofesjoner på arbeidsplassen. Mangel på kunnskap om musikkterapi, kan i dette tilfellet se ut til å være et hinder for brukermedvirkning på et individuelt nivå. En forståelse av dette er at formidlingen av musikkterapifaget kan øke kunnskap om musikkterapi og deretter bidra til en deskriptiv, nyansert og faglig diskusjon.

Diskusjon

I denne studien har jeg forsøkt å komme nærmere et svar på hvordan musikkterapeuter tilrettelegger for brukermedvirkning. For å svare på problemstillingen intervjuet jeg tre musikkterapeuter som har ulik institusjonell tilknytning i psykisk helsearbeid. Alle informantene hadde erfaringer knyttet til medvirkning i tildeling av musikkterapi gjennom rekruttering, brukeres initiativ og ved henvisning. Informantene fortalte om flere erfaringer med brukermedvirkning i musikkterapitimene, igjennom et samarbeid om målsetninger, valg av arbeidsformer og ulike former for bestemmelser. Informantene var opptatte av at brukerne skulle bestemme mest mulig i timene, men på samme tid ikke få for mange valg eller bestemme for mye. De fortalte også om hvordan informantene tilrettelegger for at brukere kan involveres i evaluering av musikkterapi, ved å tilrettelegge for felles refleksjon, være bevisst på ulike former for tilbakemeldinger og når evalueringer skjer. Informantene snakket i større grad om evaluering som brukernes perspektiver på egen terapeutiske prosess, enn om evaluering av musikktilbudet. To informanter fortalte om gode etablerte strukturer på arbeidsplassen som bidrar til å involvere brukere på ulike nivå, mens en annen fortalte om momenter på arbeidsplassen som gjør det mer utfordrende. Samarbeid og arbeidsplassens fleksibilitet nevnes som faktorer som gjør det lettere, mens uenigheter nevnes som en faktor som gjør det vanskeligere.

I det følgende kapittel vil jeg diskutere hvordan musikkterapeuter tilrettelegger for brukermedvirkning på individ- og systemnivå. Med dette vil jeg utforske potensialer og utfordringer med brukermedvirkning i musikkterapi i psykisk helse, og sammenligne funnene med tidligere forskning. Det er her interessant å se om de diskuterte funnene støtter opp under, utfordrer eller utdyper tidligere forskning. Jeg vil deretter peke på denne studiens begrensninger, før jeg reflekterer over hvilke implikasjoner mine funn har for musikkterapi praksis.

Brukermedvirkning på individnivå

Brukermedvirkning på individnivå er i hovedsak knyttet til de to første hovedkategoriene, der den første hovedkategorien er *hvordan brukere involveres i tildeling av musikkterapi* og den andre er *brukermedvirkning i timene*. Musikkterapeutene fortalte om tre ulike tilnærminger til tildelingen av musikkterapi som varierte etter hvor stor grad brukerne var involvert i beslutningsprosessen. Én tilnærming var at brukerne selv tok initiativ til å spørre

musikkterapeuten om å få musikkterapitimer. En annen tilnærming var ved å rekruttere i miljøet på arbeidsplassen, og én tredje tilnærming var igjennom henvisning fra behandlere. I den sistnevnte fortalte informantene at brukernes ønsker kunne fremmes eller begrenses av behandlerne som skrev henvisningene. Henvisning kan være problematisk for anvendelsen av musikkterapi dersom brukernes ønsker ikke er en del av grunnlaget.

Det at informantene trekker frem brukernes initiativ og rekrutteringsarbeid i tildelingen av musikkterapi, kan beskrives som en type demokratisk forbrukerrettet brukermedvirkning i henhold til Hickey og Kippings kontinuum (1998). Min vurdering av henvisning som brukermedvirkning er at det er på midten av kontinuumet. Jeg vil begrunnet dette med at i en henvisning får brukerne informasjon om tilbudet, og avgjørelsen om hvorvidt det skal skrives en henvisning er behandlerens beslutning. Derfor kan brukernes ønsker begrenses av behandleren som skriver henvisningen, noe som gjør at brukerne i mindre grad påvirker beslutningen. Dersom brukernes ønsker fremmes av behandleren som skriver henvisningen, vil brukerne påvirke beslutningsprosessen. En kan si at forskjellene på de ulike tilnærmingene i tildelingen av musikkterapi er hvorvidt brukeren kommer i posisjon til å påvirke denne bestemmelsen. I dette tilfellet peker mine funn av brukeres initiativ til å få musikkterapi og rekrutteringsarbeid på en demokratisk rettet tilnærming til brukermedvirkning.

Rekrutteringsarbeid og oppmuntring til brukernes initiativ kan også bidra til å støtte opp under brukernes selvstendighet. Dette funnet kan sees i lys av Slade (2009) som utforsker viktigheten av helsepersonellets støtte til brukeres selvstendighet ved bruk agency- begrepet. Slade skriver videre at brukernes tro på å påvirke eget liv er et sentralt element for egen bedringsprosess. Å være tilgjengelig i miljøet kan gjøre det enklere for de brukerne som ønsker musikkterapi å spørre om eventuelle uklarheter rundt hva musikkterapi er og hva det kan bidra til. Informasjonsarbeidet som rettes mot brukere, miljøpersonale og behandlere kan bidra til økt bevissthet rundt hva som kan støtte opp under brukernes initiativ og bidrag. Min opplevelse er at musikkterapeutens tilstedeværelse i miljøet på arbeidsplassen støtter opp under brukernes selvstendighet.

I opptrappingsplanen (Larsen et al., 2006) beskriver forfatterne at brukermedvirkning på individnivå innebærer innflytelse på valg, utforming og anvendelse av tjenestetilbudet som brukerne benytter. Ved å ta det i betraktning kan det se ut til at brukernes initiativ og rekrutteringsarbeid er tilnærminger som tilrettelegger for at brukerne kan få innflytelse på

tildelingen av musikkterapi. Brukernes initiativ og rekruttering kan da se ut til å være tilnærminger som bekrefter opptrappingsplanens moment om brukermedvirkning i valg av tjenestetilbud. På en annen side kan en henvisning utfordre brukermedvirkning i valg av tjenestetilbudet, dersom det ikke er et ønske eller initiativ fra brukeren selv. Å drive rekrutteringsarbeid, og å oppmuntre til brukernes initiativ og ønsker, er tilnærminger musikkterapeuten bruker for å tilrettelegge for medvirkning i tildeling av musikkterapi. Dette kan anses som en demokratisk tilnærming som fremmer brukermedvirkning ved å ivare ta brukeres selvstendighet i valget av musikkterapitilbudet.

Videre er brukermedvirkning på individnivå også knyttet til hovedkategorien *brukermedvirkning i musikkterapitimene*. I denne hovedkategorien kom arbeidsformer, bestemmelser og målsetninger opp som relevante underkategorier. Informantene var opptatte av at brukerne skulle få bestemme mest mulig, altså å tilrettelegge for en myndiggjøring av brukerne. Musikkterapeutene presenterte de ulike arbeidsformene i musikkterapi som kunne tilbys for at brukerne selv kunne velge og få bestemme innholdet i timene. Det likeverdige samarbeidet med brukerne kom ofte opp i relasjon til det å sette målsetninger, og at bruker og musikkterapeut samarbeidet og var enige i den overordnede målsetningen.

Å gi brukerne informasjon om de ulike arbeidsformene i musikkterapitimene, er viktig for at brukeren skal kunne bestemme innholdet i timene. Brukerne hadde ulike ønsker og behov i de tilbudte arbeidsformene, noe informantene var opptatt av å imøtekomme. På én side var informantene sensitive i myndiggjøringen av brukerne i starten av et musikkterapiforløp. Denne sensitiviteten i myndiggjøringen belyses også av Slade (2009), som skriver at det ikke vil være til nytte for brukeren å forvente at hun/han skal ta ansvar for eget liv før man har evnen til det. Å være sensitiv vil her innebære en bevissthet om myndiggjøringens fordel for brukernes bedringsprosesser. På en annen side skriver Slade (2009) at myndiggjøring og utvikling av selvstendighet kan oppleves smertefullt for brukeren fordi hun/han setter i gang prosessen med å akseptere egne erfarte psykiske plager. På samme måte som man anser utviklingen av selvstendighet som en prosess, må myndiggjøringen bidra til brukerens bedringsprosess. På bakgrunn av dette mener jeg at det er viktig med en bevissthet og sensitivitet rundt hvilke valg og utfordringer som blir gitt brukeren. Mine funn støtter opp under dette ved at de vitner om en fleksibilitet hos musikkterapeutene. Ved å tilpasse arbeidsformene etter brukernes ønsker og behov kan dette bidra til deres bedringsprosess.

Informantene fortalte at brukernes ønsker og interesser skulle være utgangspunktet for timene, men de var også opptatte av at brukerne skulle slippe å få for mange valg og å bestemme for mye. Det kom til syne ved at musikkterapeuten trakk tilbake eget engasjement for å fremheve brukernes bidrag. Min tolkning av det å gi tid og rom er at det ikke nødvendigvis blir gitt av terapeuten, men også av brukerne selv. Dette utdypes ytterligere av Rolvsjord (2015) i et kasus hvor én bruker kommer med et initiativ til å spille en sang hun/han har lyttet til. Siden musikkterapeuten ikke kjenner sangen, så gir brukeren tid til å finne frem noter og akkorder. Da Rolvsjord i etterkant av denne hendelsen spurte både bruker og musikkterapeut om hva som skjedde, svarte brukeren at det var greit å sitte å vente siden det så ut til at akkordene på den initierte sangen var vanskelig. Musikkterapeuten forteller at dette ble en felles lytteopplevelse gitt av brukeren. Musikkterapeuten mener at slike situasjoner gir brukeren en anledning til å bidra, noe som igjen bidrar til gjensidig respekt (Rolvsjord, 2015).

Brukermedvirkning på systemnivå

Brukermedvirkning på systemnivå kan først og fremst knyttes til hovedkategorien *Hvordan brukere involveres i evaluering av musikkterapi*. I opptrappingsplanen står det at medvirkning på systemnivå innebærer planlegging og evaluering på ulike nivå, altså å bistå i tjenesteutviklingen av musikkterapi på arbeidsplassen. Aktuelle funn i denne studien viser til at brukerne ikke alltid gir verbale tilbakemeldinger i en evaluering.

Momentene nonverbale og unnvikende tilbakemeldinger kan vise at i brukerne ikke alltid gir tilbakemeldinger verbalt. Informantene fortalte at de alltid brukte å spørre brukerne om deres opplevelser av tilbudet, men at det ikke var alle brukerne som vil gi verbale tilbakemeldinger. Om man skal ta i betraktning Slade (2009) sitt moment om fordelene evaluering har for brukerens bedringsprosess, så kan det også være situasjoner hvor evaluering ikke er nødvendig eller til fordel. Dette argumentet kan supplere funnet om nonverbale tilbakemeldinger, hvor informantene fortalte med en aksepterende holdning at hun/han opplevde at noen brukere ikke ville snakke om egne tanker rundt terapeutiske prosesser. Evaluering dreier her seg om brukernes opplevelser av den terapeutiske prosessen, forløpet og opplevelsen av tilbudet, og ikke om en evaluering av tjenestetilbudet som bidrar til tjenesteutvikling.

En informant fortalte om manglende etterspørsel av brukernes evalueringer av musikkterapeuttilbudet på arbeidsplassen. Hun/han fortalte at ulike evalueringsskjemaer har vært utprøvd, men at det ikke har fungert. Det kan spekuleres i om den manglende etterspørselen dreide seg om manglende interesse blant behandlere, miljøpersonale og brukere av å evaluere tilbudet, eller om det var mangel på godt fungerende evalueringprosesser på arbeidsplassen. Brukermedvirkning i evaluering utdypes også av Braye (2000) som skriver at det finnes ulike grader av brukermedvirkning. En høyere grad av brukermedvirkning i evalueringprosesser innebærer at brukere er med i diskusjoner om planlegging, utforming eller vurdering av tjenestetilbudet. Slik brukermedvirkning på systemnivå kommer frem i opptrappingsplanen skal evalueringen ideelt sett bidra til å forbedre og utvikle tjenestene brukerne benytter seg av, og har benyttet seg av (Larsen et al., 2006). Som tidligere nevnt, beskriver Rolvsjord (2010) empowerment på organisasjonsnivå som at det innebærer at organisasjonen gir brukere makt og kontroll over eget liv. Dette er i overensstemmelse med hvordan opptrappingsplanen beskriver brukermedvirkning på systemnivå ved at de er involverte i en tjenestetutvikling av den tjenesten de benytter, noe som gir brukerne mer makt. Jeg mener Rolvsjord gjør poenget tydelig ved å si at empowerment er en sosial og individuell prosess. Terapeutiske prosesser innebærer derfor endringer hos individet og i organisasjonen på systemnivå. Dette bidrar til å belyse viktigheten evaluering har for brukere og for tjenestetilbudet.

Potensialer og Utfordringer

Musikkterapeutene gjør mye for å legge til rette for brukermedvirkning på individnivå, og det ser ut til at de benytter arbeidsformer som naturlig foster brukermedvirkning.

Arbeidsformene er blant annet improvisasjon, sangskrivning, rekreative teknikker og musikklytting, og blir tilpasset den enkelte brukers interesser. De jobber med å tildele musikkterapi på en måte som støtter opp under brukernes selvstendighet samt gir brukerne større innflytelse på beslutningen om tildelingen. De viser en bevissthet og en sensitivitet rundt hvorvidt myndiggjøring i timene er til fordel for brukerens bedringsprosess, og de viser evne til å ivareta en likeverdig relasjon og å gi næring til et samarbeid med brukeren om målsetninger for timene. Dette kan i stor grad knyttes til en demokratisk rettet tilnærming til brukermedvirkning ved at musikkterapeutene legger opp til at brukere kan velge og endre innholdet i eget behandlingstilbud (Hickey & Kipping, 1998; Larsen et al., 2006). Jeg vil

imidlertid fremheve at informantene i mye mindre grad hadde klare beskrivelser om brukervedvirkning på systemnivå.

Funnene fra denne studien peker dermed på et potensial for å fremme brukervedvirkning på systemnivå. Musikkterapeutene er i mindre grad involverte i brukervedvirkning på systemnivå, noe som kan innebære at brukerne i mindre grad er med på å utforme og utvikle rammene for musikkterapi. Hvordan dette ser ut i praksis kan illustreres i en studie av Hense (2015) som studerer utviklingen av et musikkterapiprosjekt. I Hense sin studie kom det frem hvordan musikkterapeuten tilrettela for at ungdommer med psykiske lidelser kunne bidra til å utvide rammene for tjenesten de selv benytter seg av. Forfatteren fant i en kartlegging av alle eksisterende tilbud innen psykisk helse ut at det ikke var noe lokale tilbud for ungdommer med psykiske lidelser. Hun forteller at behovene til ungdommene ikke ble møtt i de tjenestene som ble tilbudt. Dette ble grunnlaget for utviklingen av prosjektet, som tok utgangspunkt i ungdommenes behov for et lokalt tilbud der de kunne få muligheten til å utvikle musikalitet og knytte nye kontakter i lokalsamfunnet. Hos Hense blir det tydelig hvordan ungdommene ble med på å utforme og utvide tilbudet. Forfatteren identifiserte derimot en kommunikasjonssvikt mellom helsetjenesten og ungdommene, noe som bidrar til å kaste lys over helsepersonells bevissthet rundt hvorvidt brukernes behov blir møtt i tjenestene som blir tilbudt. Forfatteren får frem viktigheten av evalueringer av ulike tjenestetilbud i psykisk helse. Dette viser hvordan brukere kan bidra til å utvikle og utforme et musikkterapitilbud.

I min studie viser informantene evne til fleksibilitet i hvordan evalueringer av musikkterapitilbudet skjer på systemnivå. Det ble snakket i stor grad om evalueringer av brukernes terapeutiske prosess, og i mindre grad om brukeres evaluering av musikkterapitilbudet. Det kan derfor virke som at noen av musikkterapeutene er mindre aktivt involvert i evaluering av musikkterapitilbudet ved at evalueringen i mindre grad dreier seg om tjenesteutvikling og i større grad om terapeutisk prosess. Empowerment, slik det beskrives av Rolvsjord (2010), innebærer at terapeutiske prosesser skjer ikke bare hos individet men også på systemnivå. I lys av dette kan en evaluering forstås som at det åpner opp for refleksjon rundt egen terapeutisk prosess samt rundt opplevelser, tanker og tilbakemeldinger angående tjenesten brukeren benytter.

Jeg opplever at mangelen på brukernes evaluering av tjenestetilbudet, kan dreie seg om musikkterapeutenes rolle i institusjonen og hvorvidt musikkterapeutene har muligheter til å

tilrettelegge for brukermedvirkning på systemnivå. Hvor mye makt musikkterapeutene har i organisasjonen står i et forhold til hvor mye makt musikkterapeutene har å gi til brukerne. Å gi makt til brukerne vil da innebære at systemet åpner opp for at brukerne påvirker utformingen tjenestetilbudet. Dette fører til spørsmål rundt fordeling av makt på arbeidsplassen og samarbeid mellom ulike ansatte. Imidlertid har jeg i denne studien ikke fått kunnskap om brukere er involvert i utvikling av tjenestetilbudet mer generelt på institusjonen.

Flere informanter forteller at godt samarbeid blant de ulike ansatte på arbeidsplassen. Enigheten om det teoretiske grunnlaget for praksisen var faktorer som gjorde det lettere å fremme brukermedvirkning. En informant fortalte at det teoretiske grunnlaget for praksisen var besluttet av ledelsen og at de ansatte på arbeidsplassen ikke hadde behov for å snakke så mye om det. Dette kan vise hvordan arbeidsplassen påvirker tilrettelegging av brukermedvirkning på ulike nivå. Derfor kan det se ut til at institusjonsledelsen og organiseringen av institusjonen har stor betydning for hvorvidt det legges til rette for brukermedvirkning på systemnivå.

Man kan si at implementering av brukermedvirkning på systemnivå er tilknyttet et potensial samtidig som det medfører noen utfordringer. Som tidligere nevnt diskuterer Borg et al. (2009) fire ulike utfordringer knyttet til implementering av brukerperspektivet og brukermedvirkning i psykisk helse. Én av de er debatten om subjektivitet og objektivitet, som vektlegges av Borg et al. (2009) og Slade (2009) ved at det objektive synet på brukeren, sett fra terapeutens perspektiv, kommer foran brukerens subjektive perspektiv og erfaring. Den andre utfordringen er definisjonen av kunnskap og hva som regnes som sant og ikke. Den tredje er maktdominansen i tjenestetilbudet, mens den fjerde er de-institusjonaliseringen av psykiske helsetjenester. Borg et al. (2009) sine momenter om utfordringer ved implementering av brukermedvirkning knyttet opp til denne studien, viser kompleksiteten i begrepet og fenomenet i praksis. Jeg mener det er viktig å legge merke til at tilretteleggingen av brukermedvirkning på systemnivå er spesielt viktig i situasjoner hvor brukernes subjektive perspektiv blir oversett til fordel for terapeutens perspektiv. Altså i tjenester hvor brukerne av ulike årsaker har begrenset makt til å velge og utforme eget tilbud. Jeg opplever at Borg et al. illustrerer en kontekstuell forståelse av brukermedvirkning ved å utfordre maktstrukturer i institusjoner i psykisk helse, fremme brukerens subjektive opplevelse av psykiske helseplager, ha et kritisk standpunkt til evidenshierarkiet og evidensbasert praksis samt å motvirke stigma av psykiske lidelser.

Studiens begrensninger

I denne studien har jeg sett nærmere på tre musikkterapeuters erfaringer med brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Funnene viser at musikkterapeutene i stor grad forteller mye om brukermedvirkning på et individuelt nivå ved at de er opptatte av at de medvirker i valg, anvendelse av musikkterapi og evaluering. Denne studien kan si noe om informantenes og brukernes bidrag i musikkterapitimene, selv om den ikke sier noe om hvordan brukerne av musikkterapitilbudet opplevde eget bidrag. Studien min er begrenset til intervju med musikkterapeuter og dette kan betraktes som en svakhet med tanke på muligheter til å utforske brukerinvolvering på systemnivå. Intervju med flere aktører på musikkterapeutenes arbeidsplass, som f. eks ledere, miljøpersonale eller andre behandlere kunne supplert og utfordret enkelte tema. Jeg kunne i så fall ha fått et innblikk i arbeidsplassens beslutningsprosesser på systemnivå, og hvorvidt brukerne er involvert i eller er i posisjon til å påvirke de. Det kan være at jeg hadde fått svar som belyste brukermedvirkning på systemnivå og arbeidsplassens tilrettelegging i større grad hvis jeg hadde gjennomført intervju med de andre aktørene, sammenlignet med å kun intervju musikkterapeutene. Dette kunne gitt økt innsikt i temaet brukermedvirkning på systemnivå. Imidlertid ville et slikt design vært for omfattende for en masteroppgave.

Implikasjoner for praksis

Man kan si at denne studien peker på behovet for å jobbe videre med brukermedvirkning på systemnivå, ved å videre spørre seg hvordan musikkterapeuter kan bidra til mer brukermedvirkning på systemnivå. Et prinsipp er at musikkterapeuter må tilrettelegge for at brukerne av musikkterapitilbudet utformer sitt eget tilbud. Dette synet kan imidlertid bli utfordret dersom andre aktører er uenige om hvorvidt musikkterapi skal tildeles brukerne. Et av grunnelementene i ressursorientert musikkterapi, empowerment- filosofien, vektlegger at brukere skal ha makt til å påvirke eget tjenestetilbud. Et kompromiss kan være å ha brukerrepresentanter på systemnivå som kan tale andre brukere uten samtykkekompetanse sin sak. Etter å ha gjennomført studien er min opplevelse at dette ikke kun handler om den enkelte musikkterapeuts tilrettelegging av brukermedvirkning på systemnivå. Jeg opplevde at musikkterapeutene i denne studien gjorde det som var i deres makt for å tilrettelegge for brukermedvirkning på de ulike nivå. For at brukermedvirkning skal implementeres på systemnivå krever altså at tiltak gjennomføres på politisk nivå, i forskning, utdanning og i formidling av faget. Som Braye (2000) forteller innebærer brukerinvolvering i forskning på et grunnleggende nivå brukererfaringer og brukerperspektivet, mens på et viderekomment nivå

er brukeren med- forsker. Formidling av brukeres erfaringer med brukermedvirkning på systemnivå, kan bidra til å belyse brukerperspektivet på systemet. Ved å anse brukere som med-forskere, har brukere større muligheter til å påvirke utviklingen av fagprofesjonen. Dersom brukerne skal oppleve å ha en reell innvirkning på planleggings- og beslutningsprosesser på systemnivå kreves det at flere aktører deltar aktivt i et tverrfaglig samarbeid.

Avslutning

I denne studien har jeg studert musikkterapeuters erfaringer med brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Musikkterapeutene har vært ansatt ved ulike typer institusjoner innen psykisk helse. Studien har brukt intervju med tre musikkterapeuter som datainnsamlingsmetode. Hovedproblemstillingen har vært hvordan musikkterapeuter tilrettelegger for brukermedvirkning, med to underproblemstillinger som spør hvordan dette foregår på individnivå og hvordan brukere involveres i bestemmelser på systemnivå. Det har kommet frem at musikkterapeutene har flere erfaringer med å involvere brukere på et individuelt nivå. Dette viser seg i tildeling av musikkterapi, i anvendelse musikkterapi og i evaluering. De fortalte også at samarbeid og mangfoldet i roller er faktorer i arbeidskonteksten som gjorde det lettere å tilrettelegge for brukermedvirkning. Informantenes utsagt viser til et likeverdig samarbeid mellom bruker og musikkterapeut, der de er opptatte av myndiggjøring av brukere i alle deler av forløpet.

Informantene har fortalt at rekrutteringsarbeid og brukernes initiativ i tildelingen av musikkterapi, er faktorer som innebærer brukermedvirkning på et individuelt nivå. Det kan se ut til at informantene har høstet gode erfaringer med involvering av brukere i musikkterapitimene og hva som støtter opp under brukernes bedringsprosesser. Funnene viser at informantene myndiggjør brukerne ved å oppmuntre til å bestemme arbeidsformer og målsetninger. Det kan se ut til at relasjonen i timene er bygget på en gjensidig respekt mellom bruker og terapeut ved at de gir hverandre gode utfordringer så vel som tid og rom. Når det snakkes om medvirkning i evaluering så kan det se ut til at evalueringen i større grad dreier seg om en evaluering av eget forløp og ikke av musikkterapitilbudet. Mens én informant forteller at det har vært gjennomført generelle evalueringer av musikkterapitilbudet på arbeidsplassen, forteller en annen om manglende etterspørsel av brukernes evalueringer. Variasjonen av medvirkning i evaluering av musikkterapitilbudet forteller at er ulike kulturer for evalueringsprosesser ved de ulike institusjonene. Dette er det punktet hvor der har vært mest varierte tilbakemeldinger fra informantene.

Brukermedvirkning kan imidlertid begrenses av den makten og innflytelsen musikkterapeuten har på arbeidsplassen. I følge denne studien kan brukermedvirkning til en viss grad tilrettelegges av musikkterapeutene, men de kan komme til kort dersom det ikke er noe makt å

gi til brukere. Dette forteller oss hvorfor det er viktig å se musikkterapeutens perspektiv på brukermedvirkning.

Jeg vil med dette avslutte med å si at fremstillingen av brukermedvirkning som et begrep og fenomen illustrerer kompleksiteten i begrepet. Jeg sitter igjen med flere spørsmål enn svar etter å ha gjennomført denne studien. Jeg opplever at jeg har fått svar på hvordan brukermedvirkning ser ut på et individuelt nivå i praksis, men har mange uoppklarte spørsmål til brukermedvirkning på systemnivå. Et uoppklart spørsmål er på hvilken måte de ulike nivåene er i interaksjon med hverandre, altså hvordan brukere påvirkes av systemet og hvordan systemet påvirkes av brukere. Et annet spørsmål er brukeres perspektiver på brukermedvirkning på systemnivå. Brukermedvirkning er et tema som trenger mer forskning, sett fra brukernes perspektiv, men også fra andre aktørers perspektiv. Jeg ser også et potensiale i å utforske brukermedvirkning på systemnivå igjennom forskningsparadigmer der brukere er med-forskere. Jeg mener vi er avhengige av en variasjon og bredde i dette fagfeltet for å kunne se dette som et fenomen og begrep i sin helhet.

Litteraturliste

- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2000). *Reflexive methodology : new vistas for qualitative research*. London: Sage.
- 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
- Baines, S. (2003). A Consumer- Directed and Partnered Community Mental Health Music therapy Program. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 3(3).
- Borg, M., Karlsson, B., & Kim, H. S. (2009). User involvement in community mental health services – principles and practices. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 285-292. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01370.x
- Braye, S. (2000). Participation and Involvement in Social Care. I Hazel Khemshall & Rosemary Littlechild (Red.), *User Involvement and Participation in Social Care: Research Informing Practice*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Heldal, T. O., Tjemsland, L., Aarre, T., . . . Rolvsjord, R. (2013). Individual Music Therapy for Mental Health Care Clients with Low Therapy Motivation: Multicentre Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(5), 319-331. doi: 10.1159/000348452
- Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 193-207. doi: 10.1016/j.cpr.2009.01.001
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hense, C. (2015). Forming the Youth Music Action Group. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 15(1).
- Hickey, G., & Kipping, C. (1998). Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *Journal of Clinical Nursing*, 7(1), 83-88. doi: 10.1046/j.1365-2702.1998.00122.x
- Larsen, E., Nordal, A., & Aasheim, F. (2006). Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet : mål, anbefalinger, og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.

- Mössler, K., Chen, X., Heldal, T. O., & Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*(12), CD004025. doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub3
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed. utg.). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Rolvsvjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Gilsum, NH: Barcelona Pub.
- Rolvsvjord, R. (2014). What clients do to make music therapy work: A qualitative multiple case study in adult mental health care. *Nordic Journal of Music Therapy*, 1-26. doi: 10.1080/08098131.2014.964753
- Rolvsvjord, R. (2015). Five episodes of clients' contributions to the therapeutic relationship: a qualitative study in adult mental health care. *Nordic Journal of Music Therapy*, 1-26. doi: 10.1080/08098131.2015.1010562
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness : a guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Slade, M., Phelan, M., & Thornicroft, G. (1998). A comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis. *Psychol. Med.*, 28(3), 543-550.
- Smith, J. A., Larkin, M., & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis : theory, method and research*. Los Angeles: SAGE.
- Solli, H. P. (2012). Med pasienten i førerretet; Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid. *Musikkterapi i Psykiatrien Online*, 7(2), 23- 44. doi: 10.5278/ojs/mipo/2edleel2
- Solli, H. P. (2014a). Battling illness with wellness: a qualitative case study of a young rapper's experiences with music therapy. doi: 10.1080/08098131.2014.907334
- Solli, H. P. (2014b). *The groove of recovery: A qualitative study of how people diagnosed with psychosis experience music therapy*. (Philosophiae doctor Dissertation), The University of Bergen, Bergen.
- Solli, H. P., & Rolvsjord, R. (2015). "The opposite of treatment": a qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(1), 67-92.
- 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.

- Svendsen, L. F. H., & Säätelä, S. (2007). *Det sanne, det gode og det skjønne : en innføring i filosofi* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2005). Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14(1).
- Tondora, J., Miller, R., Slade, M., & Davidson, L. (2014). *Partnering for Recovery in Mental Health : A Practical Guide to Person-Centered Planning*. Hoboken: Wiley.

Vedlegg 1

Intervjuguide

Problemstilling:

Hvordan tilrettelegger musikkterapeuter for brukermedvirkning?

Forsknings spørsmål:

- 1) Hvordan foregår brukermedvirkning i musikkterapitimene?
- 2) Hvordan får brukeren tilbud om å delta i musikkterapi?
Individnivå- terapeutisk prosess (henvisning eller eget initiativ)
- 3) I hvilken grad og hvordan involveres brukere i bestemmelser om musikkterapi på ulike nivå i institusjonen?
- 4) I hvilken grad og hvordan involveres brukere i evaluering av musikkterapi?
- 5) I hvilken grad og hvordan bidrar institusjonen til at du kan tilrettelegge for brukerinvolvering på ulike nivå?

Forsknings spørsmål	Spørsmålsformuleringer
Hvordan foregår brukermedvirkning i musikkterapitimene?	<p>Hva det er du gjør for å bidra til at brukerne blir mer involvert i ulike bestemmelser i musikkterapitimene?</p> <p>Hvordan utvikles målsettinger for musikkterapitimene?</p> <p>Hvordan foregår valg av: - Arbeidsformer aktiviteter, sanger, og instrumenter?</p> <p>Hvilke typer bestemmelser i musikkterapien er du opptatt av at brukeren skal være involvert i?</p> <p>Er det noen bestemmelser du er opptatt av klienten ikke skal være med på?</p> <p>Hva gjør du i situasjoner der klienten ikke vet hva hun/han ønsker i timen? - Hva gjør du hvis klienten ikke har ideer om hva musikkterapi kan bidra til?</p>
Hvordan får brukeren tilbud om musikkterapi?	<p>Er det et henvisningsgrunnlag for å få musikkterapi? - I så fall hva er det?</p> <p>Er det eget initiativ fra klienten? - På hvilken måte tar klienten initiativ?</p> <p>Hvordan og i hvilken grad involveres bruker i bestemmelser om de skal ha</p>

	<p>musikkterapi, hvor lenge denne skal vare etc.?</p> <p>Hvordan foregår samarbeid med klientene om slike bestemmelser i praksis?</p>
I hvilken grad og hvordan involveres brukere i bestemmelser om musikkterapi på ulike nivå i institusjonen?	<p>Hvordan involveres brukere i bestemmelser om musikkterapi på institusjonen?</p> <p>Er det brukerrepresentanter? - hvordan fastsettes de?</p> <p>Er brukere med å planlegge musikkterapitilbudet på institusjonen, f. eks om det skal være ulike gruppetilbud eller individuelle tilbud?</p> <p>I hvilken grad og eventuelt hvordan involveres brukere i diskusjonen om organisering av musikkterapi?</p> <p>I hvilken grad og hvordan involveres brukere i diskusjoner om rom-utstyr og andre ressurser til musikkterapien?</p>
I hvilken grad og hvordan involveres brukere i evaluering av musikkterapi?	<p>I hvilken grad og hvordan er brukere med på å evaluere sitt eget musikkterapiforløp? - Hvordan skjer det? - Hva skjer med tilbakemeldingene?</p> <p>Er brukere med i å evaluere sitt eget musikkterapitilbud? - I så fall hvordan?</p> <p>Er brukere med å evaluere musikkterapitilbudene ved institusjonen? På hvilke måter er de involvert i dette?</p>
I hvilken grad og hvordan bidrar institusjonen til at du kan tilrettelegge for brukerinvolvering på ulike nivå?	Hva er det med systemet som gjør det lettere eller vanskeligere å involvere brukere på ulike nivå innad i institusjonen?

Vedlegg 2

Kvittering fra NSD



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

Vår dato: 31.10.2016

Vår ref: 50452 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.10.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>50452</i>	<i>Musikktapeuters erfaringer med brukermedvirkning i psykisk helsearbeid</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Randi Rolvsjord</i>
<i>Student</i>	<i>Erlend Daaland Wormdahl</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg 3

Informasjonsskriv og Samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet *Musikkterapeuters erfaringer med brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*

Bakgrunn og formål

Dette er en forespørsel om å delta i forskningsprosjektet ”Musikkterapeuters erfaringer med brukermedvirkning i psykisk helsearbeid”. Denne studien er en kvalitativ intervjuundersøkelse med formål å utvikle kunnskap om brukermedvirkning i musikkterapeutisk praksis i psykisk helsearbeid. Studien vil utforske hvordan musikkterapeuter tilrettelegger for brukermedvirkning i musikkterapiene, og hvordan brukere involveres i bestemmelser om musikkterapi på ulike nivå i institusjonen. Studien vil bidra til fokus på brukermedvirkning i psykisk helse og hvordan dette kan implementeres i forhold til musikkterapi.

Vi spør deg om å delta i denne studien på bakgrunn av din erfaring med musikkterapi i psykisk helsearbeid. I utvalget vektlegges variasjoner i praksis og arbeidskontekst. Musikkterapeuter som arbeider i ulike typer institusjoner og kommunale sammenhenger innen psykisk helsearbeid blir invitert til å delta i studien.

Studien er et masteroppgaveprosjekt ved musikkterapiutdanningen ved Griegakademiet. Ansvarlig for studiet er Universitetet i Bergen.

Hva innebærer deltagelse i studien?

I denne studien skal det gjennomføres individuelle semi- strukturerte intervju med tre musikkterapeuter som jobber på ulike typer institusjoner innen psykisk helse. I intervjuet blir spurt om dine erfaringer med brukermedvirkning på ulike nivå i institusjonen, og i din praksis som musikkterapeut. Vi tar sikte på at intervjuet vil vare omtrent en time, maks 90 minutter. Spørsmålene vil omhandle tilrettelegging av brukermedvirkning på individ- og systemnivå. Det blir tatt lydopptak av intervjuene, og gjort notater underveis i intervjuet.

Det vil bli innhentet direkte personopplysninger som navn, telefonnummer, og email, for å holde kontakten med deg. Men disse opplysningene vil ikke bli publisert i avhandlingen. Det vil bli innhentet indirekte personopplysninger om deg som, yrke og institusjonstilknytting. Personer med mye kjennskap til musikkterapi miljøet i Norge, vil således muligens kunne identifisere deg via slike indirekte markører. I intervjuene vil vi kun registrere generelle opplysninger om ditt samarbeid med brukere.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er student og veileder som vil ha tilgang til datamaterialet. Alle opplysninger som blir innhentet i intervjuet blir bearbeidet uten direkte personidentifiserende opplysninger, det vil si navn, fødselsnummer, eller annen informasjon gjør at det vil være mulig å direkte identifisere deg. Som nevnt vil det bli samlet inn indirekte personidentifiserende opplysninger. Lydopptaket blir slettet etter det er transkribert og anonymisert. Du vil ikke bli gjenkjent i den endelige publikasjonen.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.07.2017. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert og slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med student Erlend Daaland Wormdahl. tlf.e-mail eller veileder Randi Rolvsjord tlf..... e-mail

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

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om ”*Musikkterapeuters erfaringer med brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*”, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)