

Implementering av musikkterapi i somatikken i Norge:

Opprettelse, utvidelse og opprettholdelse av musikkterapitilbud

Karoline Widding



Masteroppgave i musikkterapi

Griegakademiet – institutt for musikk

Fakultet for kunst, musikk og design

Universitetet i Bergen

Våren 2022

Abstract

Implementation of music therapy in somatic contexts in Norway:

Creation, expansion and maintenance of music therapy services

Music therapy services and positions are quite rare in Norwegian healthcare settings, despite research showing great potential. This thesis investigates how music therapy services in somatic contexts in Norway are created, expanded and maintained; and thereby how music therapy positions in somatic contexts are increased. Data has been collected through semi structured, qualitative interviews with six informants from two healthcare settings: three music therapists, two administrators in leadership positions, and one chief physician. Through thematic analysis five main themes emerged: visibility and understanding, being supported and a part of a professional community, the social currents and zeitgeist of the time, leadership and power, and personal driving force/impetus. Furthermore, project and research positions can succeed over time if conditions are sufficient, particularly when internally anchored or internally financed. An ambivalence exists between the need for external financing and the sense of insecurity it creates. Through increased visibility, it is possible to counteract skepticism towards music therapy. Visibility and adaptability contribute to interdisciplinary collaboration. The findings suggest that music therapy service development is complex like a jigsaw: the themes and subthemes are interconnected, and no one theme/factor alone is sufficient when trying to create, expand or maintain music therapy services and positions.

Forord

Etter en lang, og til tider tung, masterutdanning er jeg endelig ved målstreken. Denne masteroppgaven hadde ikke vært det den er, eller kanskje ikke eksistert i det hele tatt, uten flere fine folk som har hjulpet meg på veien. Derfor går den største takknemlighet til

De seks informantene for å sette av tid, og bidra med sine tanker og erfaringer.

Veileder **Claire Ghetti**, for tett oppfølging og støtte, konstruktive tilbakemeldinger, og å gi meg det siste dyttet jeg ofte har trengt.

Frida for å bidra til en følelse av fellesskap, for å ha dratt meg med inn på lesesaler og biblioteker, og for mange sårt trengte kaffe- og lunsjpauser.

Mamma og pappa for konstant støtte og oppmuntring, og korrekturlesing av oppgaven.

Ole-Andreas for å ha holdt ut med meg i denne prosessen, stadig dratt meg opp fra dype grøfter og motivert meg til å holde det gående.

Bergen, mai 2022

Karoline Widding

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 PROBLEMSTILLING OG FORMÅL	2
1.3 AVGRENSNING OG BEGREPSAVKLARING	3
1.3.1 Somatikk.....	3
1.3.2 Implementering	4
1.3.3 Opprettholdelse og utvidelse.....	5
1.4 OPPGAVENS VIDERE STRUKTUR.....	5
2.0 LITTERATUR OG TEORI.....	6
2.1 UTBREDELSE AV MUSIKKTERAPI I SOMATIKKEN.....	6
2.2 RETNINGSLINJER I SOMATIKKEN	8
2.3 BREDDE AV MUSIKKTERAPIENS BRUK I SOMATIKKEN.....	10
2.4 ORGANISASJON	11
2.4.1 Organisasjon, implementering og musikkterapi.....	14
3.0 FORSKNINGSDESIGN OG METODE.....	21
3.1 VITENSKAPSTEORETISK GRUNNSYN	21
3.1.1 Epistemologi	21
3.2 REKRUTERING OG UTVALG AV INFORMANTER.....	22
3.3 DATAINNSAMLING	24
3.3.1 Kvalitative forskningsintervju.....	24
3.3.2 Utvikling av intervjuguide og gjennomføring av intervjuene	25
3.3.3 Begrunnelse av valg av forskningsmetode.....	26
3.4 ANALYSE AV DATAMATERIALET	27
3.4.1 Transkribering	27
3.4.2 Tematisk analyse.....	28
3.4.2.1 Steg for steg	30
3.5 FALLGRUVER OG SÅRBARHETER VED METODE OG ANALYSE.....	32
3.6 FORSKNINGSETIKK.....	34
3.6.1 Sikkerhet og personvern.....	34
3.6.2 Informert samtykke.....	35

3.6.3 Anonymitet/konfidensialitet.....	35
4.0 PRESENTASJON AV FUNN	37
4.1 UTVIKLINGEN AV MUSIKKTERAPITILBUDET VED INSTITUSJONENE	38
4.2 SYNLIGGJØRING OG FORSTÅELSE	39
4.2.1 Forskning og prosjekter.....	40
4.2.2 Strukturelt arbeid og dokumentasjon.....	42
4.2.3 Fysisk synlighet.....	44
4.3 STØTTESPILLERE OG FAGMILJØ	44
4.3.1 Musikkterapeutisk fagmiljø.....	45
4.3.2 Tverrfaglig inkludering.....	48
4.3.3 Konkurransen og grenseoppganger.....	49
4.3.4 Ekstern økonomisk støtte.....	50
4.4 SAMFUNNSSTRØMNINGER I TIDEN	51
4.4.1 Utvikling av musikkterapifeltet nasjonalt og internasjonalt.....	51
4.4.2 Retningslinjer og juridiske krav innen somatikken	52
4.5 LEDELSE OG MAKT	54
4.5.1 Økonomi og prioriteringer.....	55
4.5.2 Forankring og intensjon	56
4.5.3 Plassering av musikkterapi på institusjonen.....	57
4.6 PERSONLIG DRIV	58
5.0 DISKUSJON.....	61
5.1 FRA PROSJEKT TIL FAST ANSETTELSE	61
5.2 TRYGGHETEN AV INTERN FORANKRING OG FINANSIERING	62
5.3 SKEPSIS OG MANGLENDE RESPEKT	63
5.4 Å VÆRE TILPASNINGSDYKTIG.....	65
5.5 KRITISK BLIKK PÅ EGEN FORSKNING	66
5.6 IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING OG PRAKSIS	67
6.0 KONKLUSJON.....	69
7.0 LITTERATURLISTE	70
8.0 VEDLEGG.....	81
VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA	82

VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE	86
VEDLEGG 3: TRANSKRIPSJONSØKKELE	88

1.0 Innledning

Musikkterapi er lite utbredt i somatiske kontekster i Norge, til tross for mye forskning som viser potensialet denne profesjonen har, for eksempel når det kommer til symptomlindring, angstreduksjon og økt livskvalitet innen dette feltet. Denne studien skal derfor ta for seg hva som skal til for å opprette og utvide musikkterapitilbud innen somatikken i Norge, og dermed øke antall musikkterapistillinger i denne konteksten.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har gjennom flere praksiserfaringer i ulike somatiske kontekster fått et ønske om å jobbe innen somatikken etter endt utdanning. Dessverre oppdaget jeg underveis at det per dags dato er et veldig begrenset antall stillinger innenfor denne konteksten i Norge. Med så få musikkterapeuter ansatt i somatikken begynte jeg å lure på hvilke utfordringer utvikling av nye tilbud og stillinger kan by på. Det fikk meg til å reflektere rundt hvordan tilbud og stillinger i konteksten blir til, og hvilke faktorer som påvirker opprettelsen, utvidelsen og opprettholdelsen av musikkterapitilbud i somatikken.

Hvordan bør en musikkterapeut legge fram et forslag om en ny stilling i somatikken? Hvem i sykehussystemet trenger musikkterapeuten å ha med seg på laget for å opprette et tilbud eller en stilling? Hva skal til for å overbevise avdelings- og sykehusledelse om at musikkterapi er noe de bør satse på og prioritere? Dette blir noen av spørsmålene jeg kommer til å stille meg når jeg er nyutdannet musikkterapeut, i jakten på en jobb i somatikken. Flere i min posisjon lurer kanskje på det samme.

Få stillinger betyr et begrenset tilbud av musikkterapi til pasienter og deres pårørende i somatikken. Mitt håp og ønske er at alle pasienter i somatikken som kan ha nytte av musikkterapi skal ha et tilbud å ta i bruk om de ønsker det. I Halås (2019) sin kartleggingsundersøkelse svarte kun 11 av 128 respondenter (8,59 prosent) at barn eller voksen i somatikken var deres hovedbrukergruppe i det musikkterapeutiske arbeidet (s. 40). Ut ifra dette er det rimelig å mistenke at musikkterapistillingene som eksisterer langt fra

dekker behovet i somatikken. I tillegg er det slik i dag at de tilbudene som finnes innen somatikken er sentralisert i de større byene (Furh, u.å.), slik at de pasientene som bor utenfor ikke har noen form for musikkterapitilbud når de benytter seg av somatikkens tjenester.

Det gis i dag musikkterapitilbud til barn og ungdom ved fem universitetssykehus i Norge: Oslo Universitetssykehus (OUS), Akershus universitetssykehus, Haukeland universitetssykehus (Bergen), St. Olavs hospital (Trondheim) og Universitetssykehuset Nord-Norge (Tromsø). I tillegg er det en liten stilling tilknyttet Drammen sykehus. Systematisk tilbud til voksne er begrenset inntil videre. (Fuhr, u.å., avsn. 3)

Denne oppgaven har derfor som mål å kunne være en hjelp for musikkterapeuter som ønsker å opprette et nytt tilbud, utvide et allerede eksisterende tilbud eller opprettholde et tilbud som står i fare for å bli kuttet i somatisk kontekst i Norge. Håpet er også at oppgaven vil kunne påvirke sykehusledelse, avdelingsledelse og andre nøkkelpersoner sin oppfatning av musikkterapi og prosessen rundt opprettelse av musikkterapistillinger. På den måten ønsker jeg at oppgaven skal kunne bidra til å åpne dørene for utvikling av flere musikkterapitilbud og -stillinger i somatikken, slik at flere pasienter og pårørende kan få mulighet til å benytte seg av musikkterapi i behandlingen.

1.2 Problemstilling og formål

Utforsking av dette temaet kan være viktig for pasientenes og pårørendes fremtidige musikkterapitilbud, og generelt utviklingen av tilbud i somatikken. Målet er å kunne bidra til innsikt i opprettelse, utvidelse og opprettholdelse av tilbud og stillinger, som kan gagne både nåværende og fremtidige musikkterapeuter. Jeg håper å avdekke eller videre underbygge faktorer som spiller inn i disse prosessene. Det jeg ønsker å undersøke i denne masteroppgaven er derfor:

Hvordan blir musikkterapitilbud i somatiske kontekster i Norge opprettet, utvidet og opprettholdt?

For å styre undersøkningen i riktig retning har følgende delspørsmål knyttet til problemstillingen formet oppgaven:

- Hva gjør musikkterapeuter når de ønsker å opprette eller utvide tilbud og stillinger i somatiske kontekster?
- Hva trenger sykehusledelse, avdelingsledelse og andre for å bli overbevist om at musikkterapi har nytte og egenverdi, og er verdt å prioritere, i en medisinsk kontekst?
- Hvilke faktorer påvirker opprettelse, utvidelse og opprettholdelse av musikkterapitilbud i somatikken?

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

For at omfanget av oppgaven skal passe størrelsen til en masteroppgave har jeg vært nødt til å gjøre noen avgrensninger. Jeg har tatt utgangspunkt i somatikken som kontekst, og sett bort fra geriatri og palliativ behandling. Videre følger en forklaring på hvorfor jeg har avgrenset slik jeg har gjort, med noen avklaringer av viktige begrep.

1.3.1 Somatikk

Somatikk er den delen av medisin som har med kroppen eller det legemlige å gjøre (Kåss, 2020). Somatisk syke mennesker har dermed somatiske eller kroppslige symptomer (Malt, 2019), og det er disse symptomene som er grunnen til behandlingen. Det er likevel viktig å understreke at dette ikke betyr at mennesker som er somatiske syke ikke kan ha psykiske symptomer. Oppgaven vil innbefatte somatisk medisin med både barn og voksne. Dette kan inkludere områder som nyfødttintensiv (neonatal), pediatri, onkologi, nevrologisk avdeling og rehabilitering, men er ikke nødvendigvis begrenset til dette.

I denne oppgaven har jeg valgt å ikke inkludere geriatrien. Geriatri er ”læren om sykdommer som opptrer i forbindelse med alderdommen og individets aldring [...]. Det betyr i hovedsak sykdommer som opptrer med økt hyppighet i alderen over 70–75 år” (Engedal, 2022, avsn. 1). Mange av disse pasientene har somatiske sykdommer. Men ettersom geriatrien er et av de mer vanlige stedene en finner musikkterapi i Norge (Halås, 2019, s. 40), vil å inkludere dette

feltet gjøre oppgaven for stor. I tillegg er mitt ønske å undersøke de mer “uvanlige” somatiske kontekstene, hvor musikkterapien per i dag ikke er spesielt utbredt.

For å hindre en altfor flytende overgang mellom somatikk og geriatri har jeg også valgt å utelate de som jobber utelukkende med palliativ behandling. Palliativ medisin er “lindrende behandling som gis til pasienter der man ikke kan fjerne eller stoppe sykdommen” (Norsk Helseinformatikk, 2021, avsn.1). Dette er altså mennesker med kort forventet levetid, gjerne definert som mindre enn 9 til 12 måneder, på grunn av uhelbredelig sykdom (Norsk Helseinformatikk, 2021). Det vil si at en musikkterapistilling som kun er rettet mot palliasjon ikke vil kunne inkluderes. En stilling hvor arbeid innen palliativbehandling kun er en del av en jobb hvor resten av arbeidet er i en somatisk kontekst, vil derimot kunne inkluderes.

1.3.2 Implementering

Det er viktig å oppklare hva jeg mener når begrepet implementere blir brukt i denne oppgaven. Å implementere defineres som å ”iverksette, utføre eller realisere” («Implementere», 2022, avsn. 1). Men i musikkterapilitteraturen brukes dette begrepet noen ganger i sammenheng med å innføre musikkterapi tiltak hos nye/andre brukergrupper. Når begrepet blir brukt i denne oppgaven vil det være i betydningen av å opprette nye tilbud og stillinger, eller utvide og/eller opprettholde allerede eksisterende tilbud og stillinger. Dette ser jeg på som en tidlig fase av en implementeringsprosess. Selv om dette ikke er en tradisjonell definisjon eller bruk av begrepet, ser jeg på det som meningsfullt å bruke det på denne måten i denne oppgavens sammenheng. Det er fordi en opprettelses- eller utvidelsesprosess er tett knyttet sammen med den senere fasen av implementering som innebærer for eksempel faggruppens integrering i teamet. Hvordan prosessen rundt opprettelsen av en stilling går for seg kan i stor grad påvirke integreringen av denne stillingen, og hvordan stillingen blir integrert i institusjonen kan påvirke muligheten for videre utvidelse, samt kontinuitet/opprettholdelse av tilbudet og stillingen.

1.3.3 Opprettholdelse og utvidelse

Opprettholdelse og utvidelse av allerede eksisterende tilbud og stillinger kan inkludere mange ulike scenarioer. Opprettholdelse kan defineres som det å videreføre noe (Det Norske Akademi for Språk og Litteratur, u.å.a), og handler i oppgavens sammenheng om å klare å bevare et tilbud, for eksempel gjennom å hindre potensiell nedskjæring på antall stillinger eller stillingsprosent. Utvidelse defineres som “å gjøre videre i romfang eller omfang” (Det Norske Akademi for Språk og Litteratur, u.å.b, avsn. 1), og kan i denne sammenhengen for eksempel være en utvidelse fra en 20 prosent til en 50 prosent stilling, eller fra én 100 prosent stilling til to stillinger (200 prosent totalt). Omgjøring fra en prosjektstilling til fast ansettelse velger jeg også å se på som en form for utvidelse.

1.4 Oppgavens videre struktur

I dette første kapittelet har bakgrunnen for valg av oppgavens tema og problemstilling blitt gjort rede for, samt tydeliggjøring av avgrensning og forklaring av begreper. I kapittel 2 vil utbredelsen av musikkterapi i somatikken, relevante retningslinjer, og bredden av musikkterapi i somatikken presenteres, før aspekter rundt organisasjon vil gjøres rede for, i sammenheng med sykehus som organisasjon, og litteratur rundt organisasjon og implementering av musikkterapi presenteres. Kapittel 3 består av redegjørelse av vitenskapelig perspektiv, og forklaring av metode for datainnsamling og analyse. I kapittel 4 vil funnene fra datainnsamlingen bli presentert. Kapittel 5 består av diskusjon rundt visse aspekter ved funnene, i lys av tidligere presentert litteratur og teori. Samt kritiske refleksjoner rundt oppgavens begrensninger og implikasjoner for videre forskning og praksis. Avslutningsvis vil kapittel 6 oppsummere og konkludere oppgaven.

2.0 Litteratur og teori

I dette kapitlet vil jeg forklare relevant litteratur og teori for oppgaven. Jeg starter med å gjøre rede for utbredelsen av musikkterapi i somatikken, fortsetter med å gå igjennom relevante retningslinjer, før jeg så gir en kort oversikt over bredden av musikkterapiens bruk i somatikken. Avslutningsvis vil organisasjoner forklares, og litteratur og forskning rundt organisasjon, implementering og musikkterapi vil bli presentert.

Det jeg ser på som relevant for denne oppgaven er litteratur og teori som tar for seg organisasjon og entreprenørskap, spesielt innen musikkterapi og gjerne i en somatisk kontekst. Jeg har valgt å fokusere på dette fordi jeg tror forhold i de aktuelle organisasjonene har stor påvirkningskraft for stillingsopprettelse og –utvidelse. Samt at musikkterapeuters egen gründervirksomhet og entreprenørskap kan være en viktig faktor i slike prosesser.

2.1 Utbredelse av musikkterapi i somatikken

Det er få musikkterapistillinger i somatikken i Norge. Masteroppgaven til Halås (2019) kartla utdanning, arbeidsfelt og tilsettingsforhold hos musikkterapeuter som er medlem i Norsk Forening for Musikkterapi (NFMT). Som nevnt i innledningen, viste denne kartleggingsundersøkelsen at av de 128 som svarte på undersøkelsen var det totalt 11 musikkterapeuter som svarte at de hadde barn eller voksne i somatikken som sin hovedbrukergruppe. Ni var med barn, kun to med voksne (Halås, 2019, s. 40). Disse 11 musikkterapeutene utgjorde 8,59 prosent av de 128 respondentene. På spørsmål om arbeidsplass, altså hvor musikkterapeutene var ansatt, var det 13 respondenter som svarte at de var ansatt på sykehus (Halås, 2019, s. 41). Andre kartleggingsundersøkelser viser en lignende tendens også utenfor Norge.

En studie gjort på internasjonalt nivå (Kern & Tague, 2017) bestående av musikkterapeuter fra USA, Tyskland, Storbritannia, Canada, Japan, Østeriket, Tsjekkia, Spania, Frankrike, Argentina, New Zealand, Colombia, Polen, Italia, Singapore, Chile, Indonesia og Australia, samt medlemmer fra International Association of Arts Therapies, viser en liknende tendens. I

denne studien med 2.331 respondenter var det 9,4 prosent som jobbet innenfor medisinsk setting (medical) (Kern & Tague, 2017, s. 268). Når man snakker om medisinsk setting på engelsk er det innforstått at det snakkes om somatikken, ettersom psykiatrisk medisin vanligvis refereres til med ”psychiatric”, ”psychiatry” eller ”mental health”.

En kartlegging gjort i Storbritannia i 2017 kan tyde på at det er en noenlunde tilsvarende andel musikkterapeuter i somatikken der (Carr et al., 2017). I overkant av 50 av totalt 491 musikkterapistillinger var på sykehus, noe som tilsvarer omkring 10 prosent. Merk at de 491 stillingene var fordelt på 327 respondenter, som betyr at noen av disse stillingene er besatt av samme person (Carr et al., 2017, s. 76-77).

I American Music Therapy Association (AMTA) sin kartleggingsundersøkelse av sine medlemmer i 2018 (American Music Therapy Association, 2018) var det 13 prosent som oppga at de jobbet med brukergrupper innen medisin og kirurgi (AIDS, kreft, kronisk smerte, komatøse, hospice/palliativ, medisinsk/kirurgisk, uhelbredelig syke), og 5 prosent som sa de jobbet med brukergrupper innen nevrologiske lidelser (Parkinsons, nevrologisk nedsatt/hemmet) (s. 15). På spørsmål om arbeidssituasjon (work setting) svarte 14 prosent at de jobbet i medisinske settinger (General Hospital, Oncology, Home Health Agency, Outpatient Clinic, Partial Hospitalization, and Children’s Hospital or Unit) (American Music Therapy Association, 2018, s. 15).

Lars Ole Bonde (2020) påstår at det ikke er eller har vært noen musikkterapeut ansatt på dansk sykehus, men det har nylig blitt etablert en fast stilling på 8 timer i uken i Aarhus innen pediatri (C. Ghetti, personlig kommunikasjon, 7. mai 2022). Jensen og Nielsen (2019) sin rapport om bruk av musikk i dansk helsevesen viser at noen (andre) få sykehus likevel tilbyr musikkterapi eller har hatt musikkterapistudenter i praksis. I danske hospicer er det derimot stor utbredelse av musikkterapi; 13 av 20 hospicer (totalt 21 hospicer i Danmark per denne rapporten) rapporterer å ha musikkterapeut ansatt, og musikkterapi rapporteres som det fjerde hyppigste musikktiltaket på hospicene (Jensen & Nielsen, 2019).

I Sverige vokste interessen for musikkterapi i flere kontekster mellom 1985 og 1990. Dette gjaldt blant annet for nevrologisk rehabilitering, geriatri og “kreftpleie” (Hammarlund & Wallius, 2015, s. 183). På Karolinska Sjukhuset i Stockholm ble den første musikkterapeuten ansatt i 1988, på kreftavdeling for voksne (Ærø & Aasgaard, 2011, s. 145). I 2013 ble musikkterapi anbefalt innen palliativ behandling, og i dag er musikkterapi synlig som en del av det svenske helsevesenets klassifiseringskoder (classification code) (Hammarlund & Wallius, 2015, s. 184). I dag inngår musikkterapeuter i tverrfaglige team innenfor blant annet nyfødttintensiv/neonatal avdeling, pediatri, spesialisthelsetjenester, nevrologisk rehabilitering, kreftavdeling, eldreomsorg og palliativ behandling (Hammarlund, 2019, s. 13).

Knott et al. (2020) publiserte en kartleggingsundersøkelse av musikkterapeuter i pediatrien i USA våren 2020. Denne undersøkelsen viser at musikkterapeuter i pediatrien i USA kan ha ansvar for å dekke musikkterapi tilbud for opptil 400 sengeplasser, med et gjennomsnitt på 108 sengeplasser per musikkterapeut (s. 48). Dette tyder på et betydelig misforhold mellom antall musikkterapeuter og antall sengeplasser/pasienter i pediatrien i USA.

Selv om disse studiene er en start, mangler vi flere og mer omfattende kartleggingsstudier som skaper et mer fullstendig bilde av musikkterapiens plass i somatikken, både i Norge og ellers i verden. Men kartleggingsstudiene og de andre kildene vi har viser at det er forholdsvis få stillinger i somatikken både her hjemme og internasjonalt, og at dagens situasjon ikke ser ut til å dekke behovene til pasienter og pårørende i somatikken på tilstrekkelig vis, slik som Knott et al. (2020) sin studie tyder på. Dette bygger opp under Due og Ghetti (2018) som forklarer at musikkterapi er langt fra å være systematisk implementert på norske sykehus (s. 2).

2.2 Retningslinjer i somatikken

Det finnes mange retningslinjer og lignende offisielle dokumenter som setter krav, legger føringer, og kommer med anbefalinger til sykehus, avdelingene og tilbudet de gir. Noen av disse dokumentene nevner musikkterapi direkte. Andre formulerer krav og formål som musikkterapi kan bidra til, uten at faget er eksplisitt nevnt. Under følger en kort oppsummering av relevante retningslinjer og forskrifter.

I forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) står det skrevet at ”barn skal aktiviseres og stimuleres så langt deres helsetilstand tillater det [...]. Det skal avsettes egnet areal og tilstrekkelig utstyr til undervisning, aktivisering og stimulering av barn på ulike alderstrinn” (§ 12). Selv om ikke musikkterapi er direkte nevnt, kan det absolutt tolkes som et av flere tiltak som kan bidra til å innfri denne paragrafens krav. Musikkterapi blir derimot nevnt i tre retningslinjer som omhandler barn i somatikken. I faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn (Sosial- og helsedirektoratet, 2007) blir musikkterapi nevnt én gang, da i sammenheng med ekstra stimulering for å utvikle barnets sanseapparat ”i den hensikt å forebygge mental eller fysisk funksjonshemming” (s. 47). Musikkterapi blir også nevnt i den nasjonale faglige retningslinjen for palliasjon til barn og unge (Helsedirektoratet, 2016). I denne retningslinjen dukker musikkterapi opp flere ganger: som en av flere ressurser i spesialisthelsetjenesten (s. 41), som et fagfelt som kan bidra i helhetlig og tverrfaglig symptomlindring (s. 59), og som et av flere tiltak som kan settes i verk for å forebygge og begrense angst og uro (s. 62). I retningslinjen står det blant annet at ”[m]usikkterapeut kan gi viktige bidrag til avledning og avspenning. En systematisk oversikt fra Cochrane viste at musikkterapi i terminalfasen har positiv effekt på barnets livskvalitet” (s. 59). I tillegg blir musikk og sang nevnt som tiltak under både avledning (s. 62) og ikke-medikamentell smertelindring (s. 83). I nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft hos barn (Helsedirektoratet, 2020) blir også musikkterapi nevnt én gang, da som en del av ”relevante instanser og samarbeidspartnere på sykehus” når det kommer til medisinsk støttebehandling (s.124).

Det finnes ingen tilsvarende retningslinjer som nevner musikkterapi på liknende måte når det kommer til voksne pasienter i somatikken. I det nasjonale handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorg (Helsedirektoratet, 2015) blir musikkterapi nevnt som en av flere ikke-medikamentelle metoder som har for få studier og studier med for lav kvalitet til å kunne anbefales på gjeldende tidspunkt (s. 94). Likevel er musikkterapi nevnt som en mulig faggruppe i vedlegg 2 som omhandler kompetansekrav for ulike yrkesgrupper innen palliasjon (s. 170). Men i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) legges det vekt på pasienters rett til medvirkning i eget behandlingsforløp. Det står at ”[p]asient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer, og undersøkelses- og behandlingsmetoder” (§ 3-1). Til sammenligning finnes det veldig klare

anbefalinger om musikkterapien i psykiatrien, mer presist i nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013). Her står det at musikkterapi fremmer tilfriskning ved å redusere negative symptomer, også med langvarig effekt (s. 70-71).

På grunn av liten utbredelse av musikkterapi i somatikken, er musikkterapi sjelden en del av de tilgjengelige tjenestene. Dette til tross for bredden i musikkterapiens muligheter og et stort mangfold av forskning som viser til musikkterapiens nytte i disse kontekstene.

2.3 Bredder av musikkterapiens bruk i somatikken

Musikkterapi på sykehus har et overordnet mål om å optimalisere fysisk og psykisk helse for pasienter som er innlagt på sykehus med somatisk sykdom, og tilbys som støttende terapi i tverrfaglig og medisinsk behandling. Arbeidet er basert på internasjonal forskning og tar utgangspunkt i et helhetlig syn på helse.

Musikkterapeuten jobber både forebyggende og problemorientert, med fokus på medisinske, psykososiale og miljøterapeutiske aspekter. (Fuhr, u.å., avsn.1)

Somatikken består av en mengde ulike felt og fagområder, ofte organisert under ulike avdelinger innad på et sykehus. Det er derfor også en stor bredde i hva og hvor musikkterapeuter bidrar og kan bidra innen somatikken. Forskningen som eksisterer, viser at musikkterapeuter bidrar innen et stort spekter av somatiske fagfelt/avdelinger. Det finnes Cochrane-oversikter om musikkterapi med kreftpasienter (Bradt et al., 2021), mekanisk ventilerte pasienter (Bradt & Dileo, 2014), musikkterapiens effekt på preoperativ angst (Bradt et al., 2013) og på rehabilitering av personer med ervervet hjerneskade (Magee et al., 2017).

Innen somatikken brukes musikkterapi blant annet i nyfødttintensiv/neonatal avdeling (Bieleninik et al., 2021; Haslbeck et al., 2021; Yue et al., 2021; Maitre & Arnon, 2020; Ullsten et al., 2020; Haslbeck & Bassler, 2018), i pediatri (Mellingen, 2020; Steinhardt & Ghetti, 2020; Ugglå & Bonde, 2020; Rønhovde, 2018; Ugglå et al., 2016; Colwell et al., 2013; Park, 2012; Ærø & Aasgaard, 2011; Avers et al., 2007; Aasgaard, 2001), i onkologi/

med kreftpasienter (Bradt et al., 2021; Kievisiene et al., 2020; Li et al., 2020; Gramaglia et al., 2019; Bates et al., 2017; Palmer, 2014; Zhou et al., 2011), i nevrologisk behandling og rehabilitering (Mishra et al., 2021; Magee, 2019; Leonardi et al., 2018; Yakupov et al., 2018; Magee et al., 2017; Altenmüller & Schlaug, 2013; Walworth et al., 2008, Tamplin & Baker, 2006; Aldridge, 2005), og med brannskadepasienter (Monsalve-Duarte et al., 2022; Wu et al., under utgivelse; Tan et al., 2010).

2.4 Organisasjon

Det finnes en rekke ulike definisjoner av ordet organisasjon. Askeland (2013) definerer det som “en gruppe eller et kollektiv av individer som samhandler på en koordinert måte for å realisere bestemte mål eller oppgaver” (s. 3). En annen definisjon er fra Flaa med kolleger som definerer det som ”et bevisst, stabilt og målrettet samarbeid mellom mennesker” (Flaa et al., 1995, s. 13). Definisjonen utdypes videre med at relasjoner mellom mennesker bli organisert, ved at en fordeler arbeid, så vel som makt og ansvar, på en måte som tar sikte på både å løse oppgaver og nå spesifikke mål (Flaa et al., 1995, s. 13).

En kan fort se at et sykehus, eller en avdeling på et sykehus, er et godt eksempel på en organisasjon, slik det er beskrevet over. De ansatte har en gitt fordeling av arbeid, makt og ansvar, gjennom formelle hierarkier. Legene har overordnet medisinsk ansvar, sykepleierne skal gjøre medisinske undersøkelser og gi behandling, øvrig pleiepersonell har ansvar for, for eksempel, stell og mat, og så videre. Denne fordelingen av arbeid og ansvar skal gi pasienten best mulig diagnostisering, behandling og rehabilitering, som regel med mål om å gjøre pasienten frisk igjen slik at den kan ta del i samfunnet som før.

Organisasjoner er en viktig del av vårt senmoderne samfunn, og “utøver en betydelig innflytelse over våre liv” (Askeland, 2013, s. 3). Vi lever store deler av våre liv i organisasjoner, enten det er i arbeidslivet, på fritiden, i helseinstitusjoner, eller for underholdning (Askeland, 2013; Flaa et al., 1995). “Organisasjonsteori er betegnelse på et sett med begreper og teorier som i samfunnsvitenskapene brukes til å beskrive, forklare og gi råd om organisasjoner og menneskers atferd i organisasjoner” (Berg, 2019, avsn. 1). Dagens

organisasjonsteori baserer seg på systemteori for å forstå og forklare organisasjoner (Busch et al., 2010; Flaa et al., 1995). I systemteori “betrakter en organisasjonen som et åpent, miljøavhengig system” (Busch et al., 2010, s. 55), fordi “organisasjonen består av en rekke elementer (personer, grupper, avdelinger, rutiner eller oppgaver) som gjensidig påvirker hverandre, og som fører til avhengighet mellom de ulike elementene” (Busch et al., 2010, s. 55).

Jacobsen og Thorsvik (2019) deler opp organisasjon som tema i to hovedelementer, betegnet som formelle og uformelle elementer, og legger blant annet også vekt på ledelse og endring av organisasjoner. I fortsettelsen vil jeg fokusere på underdeler av dette: organisasjonskultur, hierarki, ledelse, og endring av organisasjoner.

Formelle elementer, som kan ses på som organisasjonens rammer, er ofte skrevet ned og er synlige gjennom mål, strategier og organisasjonsstruktur (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Uformelle elementer beskrives som i mindre grad vedtatte, og kan ses i kultur- og maktforhold (Jacobsen & Thorsvik, 2019). De formelle og uformelle elementene kan påvirke hverandre både positivt og negativt.

Organisasjonskulturen kan ses på som en integrasjonsmekanisme “som skaper samhørighet og fellesskapsfølelse som gjør det lettere å tilpasse seg omgivelsene” (Busch et al., 2010, s. 215). Her finner man blant annet delte antakelser, ideer, regler, normer og verdier som påvirker hva som er aksepterte måter å tenke og handle på innad i organisasjonen (Wisur, 2016; Busch et al., 2010). Organisasjonskultur som har vært stabil i lang tid kan ifølge Busch et al. (2010) ses på som en sterk kultur. Med utgangspunkt i Busch et al. (2010) sin definisjon er det nærliggende å tenke at et sykehus eller en avdeling kan ha en sterk kultur. Men en sterk organisasjonskultur er ikke alltid noe positivt, “[d]ersom organisasjonen har dynamiske omgivelser, kan en konform og sterk organisasjonskultur være til hinder for nødvendig tilpasning og ønsket utvikling” (Busch et al., 2010, s. 229).

Hierarki kan en finne både innen formelle og uformelle strukturer (Jacobsen & Thorsvik, 2019; Hatch, 2011). Det kan defineres som “at mennesker eller noe annet rangeres, altså plasseres over og under hverandre” (Skirbekk & Tjernshaugen, 2021, avsn. 1). Hatch (2011) definerer det som fordeling av autoritet mellom organisasjonsposisjoner slik at hver posisjon blir gjort underordnet en annen (s. 27). Dette kan ses på som det formelle hierarkiet, som kan finnes på organisasjonskart og i stillingsinstrukser, og gir de/den med autoritet makt gjennom blant annet beslutningsmyndighet, tildeling av midler, og muligheten til å belønne og straffe (Hatch, 2011). Men det finnes også uformelle hierarkier. Et eksempel er grupper med mennesker som er på likt nivå i et formelt hierarki. Disse kan bli påvirket av personlige holdninger og atferd (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). Faktorer som kan påvirke status og autoritet i uformelle hierarkier er blant annet ekspertise, personlig innflytelse, karisma, kontroll over informasjon, eller tilgang til andre mektige personer (Hatch, 2012).

Ledelse kan defineres som “menneskene som har ansvar for beslutninger og resultater i organisasjoner, og til det å utøve ledelse gjennom å ha innflytelse, påvirke, føre an, gi retning og skape mening i det som skjer i og rundt organisasjonen [...]” (Sagberg, 2022, avsn. 1), og kan bli påvirket av formelle og uformelle elementer. Busch et al. (2010) definerer ledelse som to funksjoner: kontraktsforhandling og kontraktsoppfylning. Kontraktsforhandling innebærer “forhandlinger med organisasjonens interessenter, dvs. den regulerer grensene mellom organisasjonen og dens omgivelser” (Busch et al., 2010, s. 325). Kontraktsoppfylning “er rettet mot å realisere organisasjonens forpliktelser i kontraktene, dvs. å sørge for å oppnå de målene som er avtalt” (Busch et al., 2010, s. 325).

Klinikkledelse og avdelingsledelse, så vel som overleger og leger, er lederrollene i somatikken Due (2017) oppfatter som relevante. Dette stemmer overens med mine tanker, når det kommer til denne oppgaven.

Klinikkledelsen har for eksempel i oppgave å lede og utvikle den daglige driften ved klinikken, mens avdelingsleder blant annet har personalansvar på sin avdeling, som ansettelse og lønn. [...] Overleger og leger [...] tar beslutninger om hvordan behandlingsforløpet til den enkelte pasient skal se ut. (Due, 2017, s. 16)

Forholdet mellom stabilitet og endring i organisasjoner er et av fem begrepspar i Eriksson-Zetterquist et al. (2014). De forklarer hvordan stabilitet og endring “kan dreie seg som praktisk talt alt som har med organisasjonen å gjøre: etterspørsel etter organisasjonens tjenester og produkter, tilgang på arbeidskraft, teknisk utvikling, regler og så videre” (Eriksson-Zetterquist et al., 2014, s. 27). En grad av stabilitet i helseforetak vil trolig alltid være der, i form av etterspørselen etter behandling av sykdom og skader (Due, 2017). Endring derimot handler om å tilpasse seg omverdenen, er som regel kostnadskreven, og innebærer ofte konflikter og motstand (Eriksson-Zetterquist et al., 2014, s. 28). Denne motstanden kan blant annet være på grunn av mangel på kjennskap og dermed skepsis til det nye, opplevelse av mistet identitet, og maktforhold som omstruktureres (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Introduksjonen av en ny profesjon/faggruppe kan i aller høyeste grad regnes som en endring, og kan innebære endringer i både formelle og uformelle strukturer i en organisasjon, og potensielt føre til slik motstand.

Vik (2018) viser til at det finnes spenninger “mellom de mange organisatoriske, kulturelle og profesjonelle grensene” (s. 130) internt i spesialisthelsetjenesten, til tross for mange felles møteplasser og muligheter for direkte kontakt. Slike møteplasser og direkte kommunikasjon, forklarer Vik (2018), muliggjør forhandlinger og diskusjoner. Gjennom dette kan man oppnå “forståelse for hverandres kunnskap, verdier, profesjonsutøvelse og behandlingsideologi” (s. 130), som igjen kan lede til økt respekt for hverandres ulikheter (Vik, 2018, s. 130).

2.4.1 Organisasjon, implementering og musikkterapi

Innen rus og psykisk helse ble det i 2020 skrevet en etableringshåndbok (Kielland et al., 2020). Polyfon kunnskapsklynge for musikkterapi har også utarbeidet et skriv med råd ved ansettelse av musikkterapeut (Polyfon kunnskapsklynge for musikkterapi, 2019). Noen spesifikk håndbok eller råd for etablering og/eller opprettelse innen somatikken finnes ikke, men i Mangersnes (2012) er det uttrykt et ønske om en mal som sammenfatter “hvordan en arbeider på sykehus i Norge” (s.52-53). Malen bør både vise det en så langt har erfart at fungerer med tanke på organisering, og det som ikke har fungert (Mangersnes, 2012, s. 53). Selv om ikke noen slik mal eller håndbok eksisterer i dag, så finnes det noen

musikkterapistudier som er innom temaer knyttet til organisasjon og implementering av musikkterapi innen helsevesenet, og disse har mye til felles.

Ledger (2010) sin avhandling omhandler musikkterapeuters erfaringer med å starte opp og implementere nye stillinger i helsesektoren. Å utvikle nye tilbud er en vanlig del av musikkterapijobben. Når man starter i en jobb som musikkterapeut er man ofte den første i denne faggruppen på/i institusjonen/organisasjonen, og man kan til og med være den første musikkterapeuten andre ansatte noensinne møter (Ledger, 2010; Ledger et al., 2013). Ledger (2010) identifiserer syv temaer som påvirker tjenesteutvikling (service development) innen kontekstene pediatri, onkologi, psykiatri og hospice. Temaene er: jobbe alene (going solo), lete etter et hjem (looking for a home), bygge relasjoner (building relationships), akseptere utfordringen (accepting the challenge), usikkerhet (insecurity), personlig investering (investment), og utvikling tar tid (development takes time) (Ledger, 2010).

Funnene til Ledger (2010) indikerer at utviklingen av musikkterapitilbud er kompleks. Innenfor og på tvers av disse hovedtemaene dukker det opp flere faktorer og utfordringer, som jeg opplever som relevante for denne oppgavens problemstilling. Ensomhet og det å være i konstant mindretall i tverrfaglige situasjoner synes musikkterapeutene er krevende, mens å ha støttende ledelse og andre personer med makt på sin side kan være positivt (Ledger, 2010). NFMT sitt gründerkurs viser også til viktigheten av ledelse, og risikoen utskiftninger i ledelsen, eller av andre nøkkelpersoner, kan ha for et musikkterapitilbud (C. Wilhelmsen, personlig kommunikasjon, 20. desember 2021).

Gode og støttende relasjoner til andre ansatte ble også identifisert som avgjørende for tjenesteutvikling (Ledger, 2010). I Knott et al. (2020) sin undersøkelse, om musikkterapeuter i pediatrien i USA, svarer omkring en tredjedel at de er den eneste musikkterapeuten på deres arbeidsplass. Palmer et al. (2017) understreker at å ha allierte kolleger er en av de viktigste faktorene for å introdusere musikkterapeuters arbeid, presentere evidens for effekt/nytte, og for å kunne tilpasse musikkterapiintervensjonene til de etablerte kirurgiske målene og prosedyrene på den kirurgiske avdelingen (s. 32).

Det var også en gjennomgående opplevelse av å måtte bevise sin egen kompetanse og fagets relevans, samt vise hvordan musikkterapien kan bidra til teamet, så vel som til pasientene og de pårørende (Ledger, 2010). Musikkterapeutene følte også behov for å opplyse og utdanne andre ansatte om faget sitt, samt dokumentere arbeidet sitt. Noen opplevde at det var lettere å vise, ved å invitere ansatte med inn i musikkterapien, enn å forsøke å forklare hva musikkterapi er eller kan være (Ledger, 2010). Mangersnes (2012) viser til et konkret eksempel hvor fysisk synlighet av musikkterapiens effekt på å roe ned et barn, overbeviste en tidligere skeptisk sykepleier. Denne skepsisen til faget ser vi også på kirurgisk avdeling hos Palmer et al. (2017). Der identifiseres kilden til skepsisen som manglende kjennskap til musikkterapeutens praksis. Dette dukker også opp i Knott et al. (2020), hvor mangel på forståelse, og behov for opplæring/utdanning av ansatte nevnes som to av mange utfordringer musikkterapeuter støter på. Mangersnes (2012) mener at “internundervisning og tverrfaglige møter er alfa omega for å få oppmerksomhet og forståelse for det musikkterapeutiske arbeidet som skjer inne på pasientrommene” (s.54), fordi de utfordringene musikkterapeutene støter på i medisinske kontekster ofte kommer av ulike og/eller “uklare oppfatninger av hva en musikkterapeut er” (s. 49). I NFMT sitt gründerkurs blir tverrfaglig samarbeid understreket som essensielt for etablering, i form av internundervisning og kontinuerlig informasjonsarbeid, og gjennom deltakelse på møter, samt uformelle møter i arbeidshverdagen. Det å ha kollegaer som ikke kjenner faget blir også identifisert som en risikofaktor (C. Wilhelmsen, personlig kommunikasjon, 20. desember 2021).

Manglende forståelse for musikkterapien kan føre til utfordringer/problemer med å bli inkludert i det tverrfaglige, medisinske systemet. Men Mangersnes (2012) identifiserer også mangel på system og struktur, som for eksempel manglende henvisningssystem, som en annen bidragsytende faktor til dårlig inkludering (s. 51). Denne mangelen kan igjen føre til at det blir utfordrende for andre ansatte/faggrupper å få innblikk i hva musikkterapi faktisk er og bidrar med på avdelingen (Mangersnes, 2012). NFMT understreker også viktigheten av å rapportere og dokumentere arbeidet, og å ha tilgang til rapporterings-/journalverktøyene (C. Wilhelmsen, personlig kommunikasjon, 20. desember 2021).

Knott et al. (2020) beskriver også territorielle holdninger som utfordrende. Dette handler om en konkurranse med andre faggrupper/profesjoner, for eksempel kniving om makt og status,

eller tilgang på pasienter eller rom. Fra tilleggstabellen til Knott et al. (2020), bestående av svar på spørsmål om utfordringer for musikkterapeutene, ser vi blant annet uttalelser om konflikter rundt planlegging, opplevd konkurranse med et annet terapitilbud, og følelsen av å bli nedprioritert til fordel for “child life”-tilbud fordi lederen selv er “child life specialist”. Mangersnes (2012) beskriver også en viss konkurranse med andre ansatte som har musikalske ressurser, og at en som musikkterapeut føler på et ansvar for det musikalske miljøet på arbeidsplassen, ettersom man er den med musikkkompetanse (s. 50). Men Ledger (2010) forklarer at om endring i en organisasjon er nødvendig for at et musikkterapitilbud kan utvikles, og for at musikkterapien skal bli en integrert del av et tilbud, er kanskje spenninger innad i teamet uunngåelig. Spesielt ettersom introduisering av nye praksiser/tilbud har en tendens til å få andre faggrupper til å føle seg truet, føre til konkurranse og gi en opplevelse av å miste sin profesjonelle ekspertise og sitt territorium (Ledger, 2010, s. 194).

Musikkterapeutene i Ledgers (2010) avhandling opplevde at midlertidige kontrakter og eksternt (veldig) finansiering var noe som gjorde dem og stillingene deres usikre, mens intern finansiering viste forpliktelse og ansvar hos ledelsen. Manglende finansiering viser Ledger (2010) til som et hinder for musikkterapi tjenestetøyelse/utvikling både i USA og Irland. Basert på dette understreker hun musikkterapeuters behov for mer kunnskap om helseorganisasjoner og hvordan overkomme finansiering som hinder her, slik at de også kan undervise om dette videre til administrasjonen (Ledger, 2010, s. 5). Knott et al. (2020) sin undersøkelse viser at omkring halvparten av respondentene sine stillinger var finansiert gjennom veldedige organisasjoner og donasjoner, og budsjettkutt og manglende finansiering ble nevnt som utfordringer. NFMT ser også på budsjettkutt som en risikofaktor (C. Wilhelmsen, personlig kommunikasjon, 20. desember 2021).

Utviklingen fra eksternt finansiert til fast stilling beskriver Jeanette Tamplin (2006). Hun forklarer hvordan et eksternt finansiert oppdrag for to pasienter med ervervet hjerneskade skapte grobunn for nysgjerrighet hos de andre ansatte, som resulterte i undervisning i innføring i musikkterapi for de ansatte på Royal Talbot Rehabilitation Center i Australia. Det var etter denne innføringen at finansieringen til den faste stillingen ble forsøkt funnet av en proaktiv ansatt. Tamplin (2006) viser oss hvordan et mindre prosjekt kan føre til utviklingen av en fast stilling, og hvordan opplæring og undervisning av de andre ansatte kan bidra til

forståelse for og ønske om faget som en integrert del av arbeidsplassen. Due og Ghetti (2018) viser også til liknende utvikling innen norsk pediatri. Artikkelen beskriver blant annet hvordan stillinger over tid kan utvikle seg fra eksternt finansierte prosjektstillinger, til fast ansettelse med lønn fra sykehuset (s. 8). Slik som i Ledger (2010) blir det også her understreket hvordan en fast stilling som er forankret i sykehuset som regel er en mye tryggere stilling enn en som er finansiert eksternt gjennom for eksempel prosjektmidler.

Viktigheten av forankring av musikkterapistillinger i sykehuset understrekes også av Bonde (2020). Han har personlig fulgt utviklingen av musikkterapi i pediatri på tre sykehus i Oslo, og forklarer hvordan denne utviklingen har overbevist han om at musikkintervensjoner kun kan bli etablert og fulgt opp systematisk om musikkterapeuten er formelt ansatt på sykehuset. Han mener dette muliggjør utvikling og refleksjon både i relasjon til den konkrete kliniske praksis og den spesifikke behandlingskulturen på den enkelte avdelingen. Med grunnlag i dette vil forskning naturlig vokse ut av det tverrfaglige samarbeidet, samt behovet for konkret dokumentasjon (Bonde, 2020, s. 158).

Ledger (2010) påpeker også signifikansen av å bli plassert i “riktig” avdeling innad på arbeidsplassen, for eksempel sammen med psykologer og sosionomer. En passende plassering kan være avgjørende for at musikkterapeuten blir tatt seriøst som kliniker og terapeut. Også Knott et al. (2020) identifiserer manglende respekt og støtte som en utfordring for musikkterapeutene. Da de første musikkterapeutene i Norge ble ansatt/hyrt inn i pediatrien på 1990-tallet ble de plassert i diverse faglige sammenhenger innad på sykehuset (Ærø & Aasgaard, 2011, s. 145-146). Plasseringen og den faglige tilknytningen har påvirket “hvilke arenaer som musikkterapeuten har kunnet utfolde seg på” (Ærø & Aasgaard, 2011, s. 146).

Videre peker Ledger (2010) på at relasjoner til andre musikkterapeuter som har vært igjennom en liknende prosess også er viktige i tjenesteutviklingen. Nettverk med andre musikkterapeuter, og ikke å være/bli en “ensom ulv” er understreket som viktig for å overleve i en musikkterapijobb i NFMT sitt gründerkurs (C. Wilhelmsen, personlig kommunikasjon, 20. desember 2021).

I tillegg lå det mye kraft i den enkelte musikkterapeutens sin innsats og tro på faget, men med en samtidig bevissthet rundt at det kan være en krevende og lang prosess (Ledger, 2010). Her nevnes “organizational change” som begrep, og forståelsen av at helseforetak har lange og dyptliggende tradisjoner, verdier og praksiser, og ofte er motstandsdyktige mot endringer (Ledger, 2010).

Ifølge Bonde (2020) er utbredelsen og inkluderingen av musikkterapeuter i sykehussystemene i de nordiske landene hovedsakelig tilfeldig, og han skisserer opp to mulige veier til videre utbredelse av musikkterapi på sykehus:

1) music therapy (and music medicine) researchers have conducted externally funded research projects in hospital wards which, in the case of positive results backed by international evidence, should pave the way for the inclusion of music therapists on the staff; 2) music therapists have been employed in hospitals based on the management’s desire to add new colours to the treatment palette; they build a practice respecting the existing culture, and then they start research projects based on a multi-disciplinary perspective. (Bonde, 2020, s. 163)

Lars Ole Bonde (2020) opplever det første alternativet som, enn så lenge, lite levedyktig. Den andre veien mener han har vist seg å være mer vellykket.

NFMT viser til hvordan et belastende arbeidsmiljø kan være en risiko for musikkterapeuttilbudet (C. Wilhelmsen, personlig kommunikasjon, 20. desember 2021). Å være alene i faggruppen, å måtte forsvare og begrunne sin egen faglige relevans i konteksten, manglende inkludering i det tverrfaglige miljøet og tilgang til de samme systemene som andre kolleger, territorielle holdninger og spenninger i teamet, usikkerheten av stillinger verken finansiert eller forankret i institusjonen, og manglende musikkterapeutisknettverk kan føre til et arbeidsmiljø det er belastende å stå i over tid.

Det er lite litteratur å finne om selve opprettelsen av tilbud og stillinger. Litteraturen som eksisterer handler i stor grad om senere stadier i implementeringsprosessen, slik som

eksemplene over i hovedsak gjør. Jeg håper derfor at min studie vil bidra til å fylle et hull i eksisterende litteratur.

3.0 Forskningsdesign og metode

Dette kapitlet gjør rede for valgene mine innen forskningsdesign og metode. Jeg vil starte med å utdype mitt vitenskapsteoretiske perspektiv, før jeg så fortsetter med å begrunne mitt valg av forskningsmetode. Videre vil jeg redegjøre for kvalitativt forskningsdesign med bruk av semistrukturert forskningsintervju som datainnsamlingsmetode, før jeg vil forklare fremgangsmåten for rekruttering, utarbeiding av intervjuguide og gjennomføring av intervjuene. Etter dette vil transkribering og analyse av datamaterialet gjøres rede for, før jeg til slutt vil utdype om metodekritikk og forskningsetikk.

3.1 Vitenskapsteoretisk grunnsyn

Wheeler og Bruscia (2016) definerer forskning som en forsiktig eller nøysom undersøkelse, som har som mål å finne og presentere ny kunnskap om eller ny forståelse av noe. De påpeker også at til tross for at det finnes mange ulike definisjoner, så antyder de aller fleste at forskning leder til oppdagelse av noe nytt, bekreftelse av noe vi allerede vet, eller endring av måten vi ser ting på (Wheeler & Bruscia, 2016).

3.1.1 Epistemologi

Jeg har tatt utgangspunkt i Matney (2019) sin reviderte versjon av Michael Crotty's kunnskaps rammeverk (knowledge framework). Matney (2019) forklarer at filosofisk forskningsgrunnlag består av flere deler av filosofien: metafysikk (virkelighet), ontologi (eksistens), epistemologi (kunnskap), og aksiologi (verdier) (s. 3-4). I forskning er likevel epistemologi det viktigste aspektet av disse, og det er her fokuset vil ligge.

Epistemologi blir også kalt erkjennelsesteori (Wheeler & Bruscia, 2016) som kan oversettes som kunnskap eller forståelse, og er den filosofiske læren om hvordan vi tar til oss kunnskap om hva vi vet (Matney, 2019), eller “how we know what we know” (Crotty, referert i Matney, 2019, s. 4). I epistemologien ønsker man å finne ut hvordan og hvor kunnskap kommer fra, hva som utgjør kunnskap og sannhet, og hva slags kunnskap som er mulig,

tilstrekkelig/god nok og legitim (Matney, 2019, s. 4). I forskning vil det epistemologiske perspektivet påvirke hva en kan si om datamaterialet (Braun & Clarke, 2006).

Epistemological positions help a researcher articulate assumptions about their knowledge generation; they also help articulate different ways of understanding the efficacy, effectiveness, or impact (Matney, 2018) indicated by study findings.

Epistemological positions can therefore play an important role in a research process from beginning to end, allowing us to better understand and communicate questions, assumptions, processes, and outcomes. (Matney, 2019, s. 5).

Det er vanlig å dele opp i tre primære epistemologiske posisjoner: objektivisme, konstruksjonsisme og subjektivisme (Matney, 2019, s.13), men Matney understreker at disse tre posisjonene har glidende overganger i et epistemologisk kontinuum som strekker seg fra ren objektivisme til ren subjektivisme. Innen ren objektivisme mener man at mening og sannhet eksisterer totalt uavhengig av menneskelig bevissthet (Matney, 2019, s. 15). En ren subjektivistisk tankegang mener derimot at det kun er mennesker som kan skape mening og sannhet, og at det dermed er mennesker som pålegger mening til gjenstander (Matney, 2019, s. 16). Konstruksjonsisme hevder at mening er konstruert gjennom interaksjon med verden, interaksjon mellom objekt og subjekt (Matney, 2019, s. 17).

Jeg opplever at jeg i denne oppgaven er forankret i konstruksjonsisme, og tar et teoretisk perspektiv som stemmer overens med sosial konstruksjonsisme (Matney, 2019). I sosial konstruksjonsisme ser man på virkeligheten som noe som er konstruert av sosiale, historiske og individuelle kontekster (Matney, 2019), hvor interaksjoner og samhandling mellom deltakere, inkludert forsker, er nødvendig for meningsskaping og -opdagelse (Wheeler & Bruscia, 2016, s. 235).

3.2 Rekruttering og utvalg av informanter

Til intervjuene var målet å rekruttere respondenter fra ulike yrkesgrupper som hadde vært involvert i opprettelsen, utvidelsen og/eller opprettholdelsen av musikkterapitilbud og stillinger i somatisk medisinske kontekster. Dette innebar naturlig nok musikkterapeuter, men

også potensielt leger, sykepleiere, fysioterapeuter og andre faggrupper i sykehusavdelinger, samt ansatte i sykehusledelse, og andre som har vært nøkkelpersoner i en slik stillingsopprettelse. For å få bredest mulig datagrunnlag ønsket jeg intervjuobjekter som sitter i ulike posisjoner på sykehuset, og derigjennom har hatt ulik myndighet til å påvirke i prosessen for å opprette en stilling.

Jeg hadde som utgangspunkt en tanke om at det var passende med opptil ti ulike informanter i datainnsamlingen. Etter nærmere ettertanke ble det likevel konkludert med at de seks informantene jeg fikk var mange nok, ettersom datamaterialet fra disse intervjuene var rikt og dermed ga meg et tilstrekkelig grunnlag for analyse. I tillegg var dette et lurt valg med tanke på hvor mye arbeid som ligger bak hvert intervju med både transkribering og analysing, og dermed tidsbegrensningen som følger med en masteroppgave.

For å få tak i relevante informanter til intervjuene tok jeg kontakt med nettverket for Musikkterapeuter i Pediatri (MiPe). De fikk en mail med informasjon om studien og hvorfor de var kontaktet, med informasjonsskriv og samtykkeskjema vedlagt. Jeg tok også kontakt med egne bekjenskapet jeg trodde kunne være aktuelle. Jeg ba alle som fikk invitasjon til studien også om å videreformidle informasjonen om mitt masterprosjekt til andre som de tenkte var aktuelle informanter. Dette er bruk av en form for ”snøball-effekt” (Crouse & Lowe, 2018). Dette gjorde jeg fordi jeg tenkte det kunne være lettere å komme i kontakt med de aktuelle musikkterapeut-informantene, enn de andre nøkkelpersonene involvert.

Inklusjonskriteriene for informantene var å kunne svare ”ja” på minst én av følgende punkter:

- Har vært deltakende i å opprette musikkterapistilling(er) i somatisk kontekst
- Har vært deltakende i å utvide musikkterapistilling(er) i somatisk kontekst
- Har vært deltakende i å opprettholde musikkterapistilling(er) i somatisk kontekst
- Har vært deltakende i å gjøre musikkterapeutisk prosjektstilling om til fast ansettelse i somatisk kontekst

Den direkte invitasjonen gikk ut til ca. 15 musikkterapeuter jeg visste jobbet innenfor riktig kontekst. Kun ut fra denne invitasjonen endte jeg til slutt opp med totalt seks (6) informanter, fra to ulike institusjoner. Fordelingen av profesjoner var tre musikkterapeuter, en overordnet leder, en mellomleder og en overlege.

Informasjonsskriv med samtykkeskjema ligger i vedlegg 1.

3.3 Datainnsamling

3.3.1 Kvalitative forskningsintervju

Studien har blitt gjennomført ved bruk av kvalitativ forskningsmetode. Ved bruk av kvalitative metoder operer man normalt med tekstdata (Krumsvik, 2015, s. 122), og forskningsarbeidet har ofte glidende overganger og parallelle faser (s. 123).

For å samle data har jeg tatt i bruk semistrukturerte forskningsintervjuer, med åpne spørsmål, som regnes som den mest utbredte intervjuemetoden (Krumsvik, 2015, s. 124).

Semistrukturerte eller halvstrukturerte intervjuer kan defineres som “a planned and flexible interview with the purpose of obtaining descriptions of the life world of the interviewee with respect to interpreting the meaning of the described phenomena” (Kvale, i Krumsvik, 2015, s. 124). En fordel med semistrukturerte intervju som datainnsamlingsmetode er muligheten til å supplere intervjuguiden underveis i prosessen, og åpne opp for nye og uventede vinklinger som måtte komme (Krumsvik, 2015, s.123). Under intervjuene har jeg selv hatt rollen som intervjuer.

Fra starten av hadde jeg lagt opp til muligheten for å gjennomføre oppfølgingsintervjuer etter analysen av de første. Dette har gitt meg muligheten til å potensielt gå i dybden på enkelte temaer som dukket opp i analysen, som jeg ønsket å utforske grundigere. I tillegg var alle informantene åpne for svare på spørsmål som måtte dukke opp underveis i transkripsjons- og analyseprosessen. Dette ble likevel ikke nødvendig.

3.3.2 Utvikling av intervjuguide og gjennomføring av intervjuene

Før jeg utviklet intervjuguiden og gjennomførte intervjuene, satt jeg meg inn i litteratur og forskning rundt organisasjon og implementering, i musikkterapeutiske sammenhenger. Guiden ble også noe formet av en samtale med leder for Norsk forening for musikkterapi (NFMT), Christine Wilhelmsen, om oppretting av nye stillinger og musikkterapeuters entreprenørskap (C. Wilhelmsen, personlig kommunikasjon, 20. desember 2021). Jeg var likevel oppmerksom på at litteraturen og samtalen ikke skulle farge og forme hele intervjuguiden.

Brinkmann og Kvale (2018) skriver at intervjuguiden er en form for manus som strukturerer intervjuets gang mer eller mindre, og som i semistrukturerte intervjuer ofte består av noen overordnede temaer med foreslåtte spørsmål (kap 5, s. 7). Jeg forsøkte å sette sammen min guide på tilsvarende vis, med temaer om blant annet prosessen, viktige personer, andre viktige faktorer, utfordringer og finansiering. I tillegg utformet jeg forslag til oppfølgingsspørsmål eller fraser for videre utdypning av svar. Det understrekes også av både Brinkmann og Kvale (2018) og Krumsvik (2015) at intervjuguiden i semistrukturerte intervjuer ikke er en fastlåst mal som må følges slavisk, men at denne intervjuformen åpner opp for og muliggjør oppfølging av uforutsette temaer og utsagn. Denne formen for intervju ga meg tryggheten i å ha gjennomtenkte temaer og spørsmål, samtidig som det ga meg muligheten til å følge opp svarene til informantene/deltakerne (kap 5, s. 2). Krumsvik (2015) understreker også hvordan fleksibiliteten i semistrukturerte intervjuer kan bidra til god flyt i samtalen (s. 125).

Hva slags informasjon/kunnskap man får av et intervju avhenger i stor grad av hvilke spørsmål man stiller og hvordan de er formulert. Ordlyden i spørsmål kan oppfordre til en stor variasjon av former for svar. Intervjusvar kan for eksempel være beskrivende, emosjonelle eller evaluerende. Det vil si at om man konsekvent bruker en form for spørsmål kan det føre til at alle svarene har en og samme "form" eller retning (Brinkmann & Kvale, 2018). I tillegg til å produsere en viss informasjon har intervju spørsmålene et annet formål, nemlig å legge til rette for en dynamisk og god relasjon og interaksjon mellom intervjuer og intervjuobjekt (Brinkmann & Kvale, 2018).

Det var en blanding av intervjuer gjort fysisk og over videosamtale. De digitale ble gjennomført gjennom Zoom eller Microsoft Teams, mens de fysiske forgikk på den aktuelle informantens kontor på arbeidsplassen. På Zoom ble intervjuene tatt opp direkte i programmet med lyd og bilde, men etter intervjuet var gjennomført tok jeg kun vare på lydopptaket. For sikkerhet tok jeg også lydopptak med mobilen. På Teams var det ikke mulig å ta opp i programmet, dermed tok jeg kun opptak med mobil. På de fysiske intervjuene gjorde jeg lydopptak med både datamaskin og mobiltelefon.

Jeg gjennomførte totalt seks intervjuer med seks ulike informanter. Totalt med alle seks intervjuene ble det 4 timer, 20 minutter og 8 sekunder med lydopptak. Enkeltintervjuenes varighet varierte fra cirka 23 minutter til rett over en time, og gjennomsnittstiden per intervju var 43 minutter og 21 sekunder.

Intervjuguiden ligger i vedlegg 2.

3.3.3 Begrunnelse av valg av forskningsmetode

Krumsvik (2015) forklarer metode som verktøyet man samler inn de dataene man trenger for å svare på det man undersøker. Derfor er det viktig å velge en metode som passer forskningsspørsmålet/problemstillingen, og som gir den type data man trenger for å svare på det (Krumsvik, 2015, s. 122).

Målet var å samle kvalitative data, i form av informantenes erfaringer og tanker rundt opprettelse, utvidelse og opprettholdelse av musikkterapitilbud og -stillinger. Her passet semistrukturerte intervju godt som datainnsamlingsmetode, ettersom temaet er lite utforsket før. Malterud (2011) understreker at intervjuguiden ikke bør være for detaljert eller følges for slavisk, når man ønsker å finne ute noe man ikke vet fra før eller at intervjuet skal kunne åpne opp for nye spørsmål og sider ved problemstillingen (s. 129). Gjennom denne datainnsamlingsmetodens fleksibilitet kunne jeg forme intervjuene underveis, følge opp uventede utsagn, samt tilpasse gangen til den enkelte informanten (Krumsvik, 2015; Malterud, 2011).

3.4 Analyse av datamaterialet

3.4.1 Transkribering

Rett etter gjennomføring av hvert enkelt intervju skrev jeg ned umiddelbare tanker og temaer som jeg ble spesielt oppmerksom på. Etter dette begynte transkriberingsprosessen. Jeg valgte å gjøre dette selv, til tross for at dette er en tidkrevende del av prosessen. Dette valget var basert på både praktiske hensyn, men også på Braun og Clarke (2006) sin overbevisning om at transkripsjonsarbeidet kan gi forskeren en dypere kjennskap til og forståelse av datamaterialet, som kan være gunstig for det videre analysearbeidet.

Transkripsjonsprosessen for hvert intervju bestod i at jeg aller først lyttet igjennom lydopptaket i sin helhet i litt hurtigere tempo enn originalt. Etter dette skrudde jeg ned tempoet slik at det var tregere enn originalt og lyttet fra starten av, mens jeg forsøkte å skrive fortløpende uten å tenke på rettskrivning. Jeg stoppet når jeg ikke hang med lenger, og spolte tilbake der det var nødvendig. Skrivefeil og lignende ble rettet etter hvert. For egen flyt og for anonymisering ved bruk av sitater skrev jeg all transkripsjonen på bokmål, uavhengig av informantenes dialekt. Da jeg hadde kommet igjennom hele intervjuet, hørte jeg nok en gang igjennom lydopptaket i sin helhet, denne gangen i normal hastighet, mens jeg leste igjennom transkripsjonen og rettet feil og mangler fortløpende. Alle intervjuene til sammen ga omtrent 66 sider med transkripsjon, med et totalt omfang på rett over 40 000 ord.

Tematisk analyse krever ikke en så detaljert transkripsjon som noen andre former for analyse. Det som normalt forventes er en grundig redegjørelse av alle verbale utsagn (Braun & Clarke, 2006). Det kan også ofte være lurt å ta med noen former for ikke-verbale ytringer i transkripsjonen, som hosting, kremting, latter eller sukk. Men det viktigste med transkripsjonen er at den inneholder all informasjonen man trenger til videre analyseprosess, og at ikke noe av meningen bak ytringene forsvinner på grunn av mangelfull transkribering (Braun & Clarke, 2006). For å gjennomføre transkriberingen effektivt og grundig utviklet jeg min egen transkripsjonsnøkkel, basert på eksempler funnet på nett og tilpasset til hvilke behov jeg opplevde at jeg hadde underveis i transkriberingsprosessen.

Noen av sitatene i funn-delen er lettere redigert, for å gjøre de lettere å lese og unngå et for muntlig språk. Det er likevel viktig å påpeke at det er informantenes egne ord som er brukt, og at meningsinnholdet ikke er endret i redigeringen.

Transkripsjonsnøkkelen kan ses i vedlegg 3.

3.4.2 Tematisk analyse

Etter at all data fra dybdeintervjuene var transkribert, ble transkripsjonene videre analysert ved bruk av tematisk analyse, med utgangspunkt i Braun og Clarke sin artikkel “Using thematic analysis in psychology” (2006). Tematisk analyse har lenge og av mange ikke vært kategorisert som en spesifikk analysemetode, ettersom det å lokalisere eller oppdage sammenhenger og temaer på tvers av data, er en av få likheter mellom de aller fleste kvalitative analysemetoder. Braun og Clarke mener imidlertid at tematisk analyse er en egen metode, men understreker mangelen på et overordnet rammeverk for metoden (2006). Deres artikkel er et forsøk på å forklare, beskrive og vurdere denne analysemetoden.

Tematisk analyse er en systematisk og fleksibel måte å skape mening i kvalitativdata (Wæraas, 2022, s. 153). I tematisk analyse blir viktige ideer og mønster i dataen identifisert, for så å bli systematisert i overordnede kategorier og temaer, ofte med undertemaer (Braun & Clarke, 2006). Det er viktig å understreke at antall ganger et tema dukker opp i datasettet ikke er nødt til å korrelere med hvor viktig temaet er, ettersom kvalitative data ikke nødvendigvis kan kvantifiseres. Det handler mer om hvilke temaer som viser noe viktig i sammenheng med det man ønsker å undersøke; med problemstillingen (Braun & Clarke, 2006). Dermed kombinerer denne analyseformen en strukturert og systematisk tilnærming, med forskerens subjektive tolkninger (Wæraas, 2022). Forskerens subjektivitet kommer frem gjennom blant annet hvordan man gir mening til dataene, hvilke temaer som blir identifisert og presentert, samt temaenes navn og fremstilling (Wæraas, 2022).

Det er flere fordeler med tematisk analyse, som ligger til grunn for hvorfor akkurat denne analysemetoden ble valgt. For det første er tematisk analyse ikke knyttet opp mot en spesiell teoretisk eller epistemologisk tilnærming, og kan derfor brukes på flere måter, med ulike

teoretiske rammeverk som basis. Dette er med på å gjøre analysemetoden fleksibel. Flexibiliteten i denne metoden ligger også i at den er ganske åpen for hvordan man finner frem til temaene. Det viktigste er at man er konsekvent i sin fremgangsmåte og viser eller forklarer hvordan man faktisk har gjort det. I tillegg er det en fordel at det er en forholdsvis enkel analysemetode å sette seg inn i og å bruke, også for de med lite erfaring innen (kvalitativ) forskning.

Tematisk analyse kan være induktiv eller teoretisk. I en induktiv tematisk analyse er kodeprosessen drevet av dataene og ikke av forhåndsbestemte faktorer eller forskerens forforståelse. På denne måten får man som regel en rik beskrivelse av all dataen. Til motsetning så vil en teoretisk tematisk analyse være drevet av forskerens teoretiske eller analytiske interesser, og dermed ofte heller gir detaljerte analyser av et utvalg av dataen. Om man velger en induktiv eller en teoretisk tilnærming avhenger av hvordan man ser på forholdet mellom dataene og forskningsspørsmålet/problemstillingen. Har man en spesifikk problemstilling på forhånd, vil man som oftest ha en teoretisk tilnærming, men om man ønsker at problemstillingen skal være et resultat av dataen, kan man gå for en induktiv metode (Braun & Clarke, 2006). Mitt utgangspunkt for analysen er teoretisk, ettersom jeg har en forhåndsbestemt problemstilling. Likevel har jeg vært åpen for induktive tendenser, i form av at datasettet kan drive funnene mine i en annen retning enn først antatt, og potensielt endre problemstillingen.

3.4.2.1 Steg for steg

Braun og Clarke (2006) sin guide i tematisk analyse består av seks hovedsteg.

Tabell 1. Faser i tematisk analyse.

Phase	Description of the process
1. Familiarizing yourself with your data:	Transcribing data (if necessary), reading and re-reading the data, noting down initial ideas.
2. Generating initial codes:	Coding interesting features of the data in a systematic fashion across the entire data set, collating data relevant to each code.
3. Searching for themes:	Collating codes into potential themes, gathering all data relevant to each potential theme.
4. Reviewing themes:	Checking if the themes work in relation to the coded extracts (Level 1) and the entire data set (Level 2), generating a thematic 'map' of the analysis.
5. Defining and naming themes:	Ongoing analysis to refine the specifics of each theme, and the overall story the analysis tells, generating clear definitions and names for each theme.
6. Producing the report:	The final opportunity for analysis. Selection of vivid, compelling extract examples, final analysis of selected extracts, relating back of the analysis to the research question and literature, producing a scholarly report of the analysis.

Fra "Using thematic analysis in psychology", av V. Braun & V. Clarke, 2006, *Qualitative Research in Psychology*, 3, s. 87. Copyright 2006 ved Edward Arnold (Publishers) Ltd.

Jeg har valgt å oversette stegene som følger: 1) gjøre seg kjent med datamaterialet, 2) kode datamaterialet, 3) lete etter temaer i kodene, 4) gjennomgang av temaene, 5) definere og navngi temaene, og 6) skrive rapporten/funn-delen.

Det er viktig å være oppmerksom på at selv om guiden viser en rekke steg man skal igjennom i en viss rekkefølge, vil analyseprosessen alltid bevege seg frem og tilbake mellom hele datasettet, de kodede delene som analyseres og selve analysen av kodene (Braun & Clarke, 2006).

Første steg starter når forskeren begynner å legge merke til potensielle interessante ting i datamaterialet. I dette tilfellet startet det allerede underveis i intervjuene. Braun og Clarke (2006) understreker viktigheten av det å skrive underveis i hele analyseprosessen. Både underveis og umiddelbart etter intervjuene skrev jeg ned deler som skilte seg ut som potensielt viktige eller interessante. Videre fortsatte det inn i transkriberingen, hvor jeg ble stadig mer kjent med datamaterialet jeg hadde samlet, og jeg fortsatte å skrive ned ting som opplevdes som interessant for den videre i prosessen. Som kanskje den viktigste delen av dette steget, leste jeg igjennom datasettet, altså transkripsjonene, flere ganger. Underveis i denne lesingen noterte jeg tanker og ideer som dukket opp.

I steg to skal datamaterialet man nå er godt kjent med kodes. Når man koder materialet går man igjennom alt, og identifiserer elementer i det som er interessante. Her er det viktig å gå systematisk igjennom datasettet, og gi full og lik oppmerksomhet til alle dataelementer. Braun og Clarke (2006) gir gode råd for denne fasen/dette steget: a) å kode så mange mulige temaer/mønster som mulig, man vet aldri hva som kan være interessant senere i prosessen, også de elementene som potensielt motstrider andre temaer, b) når man koder et element, ta vare på dataen rundt om den er relevant, slik at man ikke mister konteksten, og c) samme element i datamaterialet kan kodes under flere ulike temaer.

Neste steg er å forsøke å finne mer overordnede temaer i kodene. Her forsøker man å se sammenhenger mellom koder og sortere dem under potensielle temaer. Her er det fremdeles viktig å ikke se bort fra ting som skiller seg ut eller ikke passer inn, og det er helt greit å kategorisere noen koder under "diverse" eller lignende for øyeblikket. Braun og Clarke (2006) skriver at det er på dette tidspunktet man som oftest begynner å se betydningen av de ulike temaene i relasjon til studiens problemstilling.

Videre skal temaene som er identifisert i forrige fase gås grundig igjennom. Poenget med dette steget er å revidere, fjerne, slå sammen eller dele opp temaer. Her er det viktig å tenke på at dataelementene i hvert tema skal henge godt sammen, og de ulike temaene skal ha tydelige skiller. Det er to nivåer av revidering i denne fasen ifølge Braun og Clarke (2006). Det første er å sjekke at alle utdragene og kodene i hvert tema danner et sammenhengende mønster. På det andre nivået skal man vurdere “gyldigheten” til hvert tema, sett opp mot hele datasettet. Samtidig som denne “gyldigheten” vurderes ved å lese igjennom datasettet igjen, skal man kode eventuell data som er glemt tidligere.

Steg fem handler om å fortsette arbeidet med temaene, ved å definere og avgrense. En del av dette arbeidet involverer å gjennomføre og skrive en detaljert analyse for hvert tema. Her er det viktig å være obs på at temaene ikke skal være for omfattende eller komplekse. Omfattende temaer kan kanskje ryddes opp i med hjelp av undertemaer. På slutten av denne fasen skal det være tydelig hva som er og ikke er temaene i datasettet, og de aktuelle temaene skal være klart definert. Det viktig å ikke bare omskrive utdragene i hvert tema, men å faktisk sette seg inn i hva som er interessant med dem og hvorfor de er det (Braun & Clarke, 2006).

Siste steg i tematisk analyse er å skrive rapporten, eller i dette tilfellet funn-kapittelet av oppgaven. Målet er å fortelle “den kompliserte historien” om dataene, innenfor og på tvers av temaer, på en kortfattet, sammenhengende, overbevisende, ikke-repetitiv og interessant måte (Braun & Clarke, 2006). Her er det også viktig å ha med (gode) nok datautdrag til at det viser utbredelsen av temaet i datamaterialet.

3.5 Fallgruver og sårbarheter ved metode og analyse

Vitenskapelighet kan ikke sjekkes med enkle prosedyrer eller regnestykker. Det dreier seg snarere om en holdning til systematisk og selvkritisk håndtering av kunnskap.

Derfor er forskerens viktigste virkemiddel i pålitelighetens tjeneste å gjøre leseren til en informert ledsager som gis innsikt i de betingelser som kunnskapen er utviklet under. Dette kalles ofte for intersubjektivitet. (Malterud, 2011, s. 17)

Det er flere aktuelle sårbarheter med metoden som jeg tenker det er viktig å ha med seg. Noe jeg fryktet fra starten av var å ikke få tak i mange nok eller gode nok informanter til datainnsamlingen. Ettersom oppgaven har et så begrenset felt, med forholdsvis få aktuelle informanter generelt, oppfattet jeg dette som noe som kunne bli spesielt utfordrende. Jeg var likevel heldig, og fikk tak i de seks informantene ganske tidlig i rekrutteringsprosessen. En sårbarhet med akkurat dette er at det dermed ikke ble noen utvelgelsesprosess, hvor jeg kunne gjort utvalg basert på maksimal variasjon, eller valgt spesielt interessante eller kunnskapsrike informanter. Det ble likevel gjort en avveining sammen med veileder om hvorvidt de informantene jeg hadde fått var gode og varierte nok.

Brinkmann og Kvale (2018) viser til de potensielle utfordringene med å intervju elite. De definerer elite som ledere eller eksperter, mennesker i maktposisjoner. I sammenheng med min oppgave kan elite innbefatte blant annet ulike former for sykehusledelse, samt overleger og legespesialister. Allerede det grunnleggende med å få tilgang på elite som intervjuobjekt identifiserer Brinkmann og Kvale som en mulig utfordring (2018). For å jobbe forbi dette potensielle hinderet, tok jeg i bruk snøball-effekten (nevnt i 3.3 Rekrutering og utvalg av informanter), slik at musikkterapeuter med kjennskap og relasjoner til lederne var de som tok den første kontakten angående studien. I tillegg kan personer identifisert som elite være mer vant til å bli intervjuet enn andre, og dermed også ha mer eller mindre forhåndsbestemte/innøvde svar, som fremmer akkurat det de ønsker å få frem (Brinkmann & Kvale, 2018).

Tematisk analyse har også sine mulige fallgruver ifølge Braun og Clarke (2006). Jeg har forsøkt å være bevisst på disse underveis i hele prosessen, i et forsøk på å unngå dem. Den første er å ikke egentlig analysere datamaterialet, men kun gjenfortelle det informantene har sagt. Det er også en feil å kun bruke datainnsamlingsspørsmålene, i dette tilfellet spørsmålene fra intervjuguiden, som temaer i analysen. Analysen kan også bli svak eller lite troverdig. Dette kan skje på flere måter: dårlige begrunnede temaer, for mye overlapp mellom temaene eller temaer som ikke er overbevisende knyttet til problemstillingen. Det er også viktig at om man skal ha med et tema som ikke har så mange koder/eksempler i datamaterialet, at det ikke fremstilles som kjempeviktig eller gjennomgående i datasettet. Å ikke anerkjenne at et datamateriale/utdrag kan tolkes på flere ulike måter eller inneholde motsetninger, viser også

dårlig dømmekraft. Misforhold mellom teori og analyse, eller mellom problemstillingen og valg av form for tematisk analyse er også potensielle fallgruver (Braun & Clarke, 2006).

3.6 Forskningsetikk

“Med forskningsetikk menes vurdering av forskning i relasjon til normer og verdier i samfunnet. Vurderingen omfatter både hvilke problemstillinger det forskes på, hvilke metoder som benyttes og på hvilken måte resultatene av forskningen kan tenkes anvendt” (Skoie, 2013, i Krumsvik, 2015, s. 164). I kvalitativ forskning er de etiske problemene som regel veldig tilstede, ettersom dataen består av menneskers tanker og erfaringer (Krumsvik, 2015). Videre følger en forklaring på hvordan jeg har sikret forskningsetikk gjennom arbeidet med denne oppgaven, med tanke på sikkerhet og personvern, informert samtykke og anonymitet/konfidensialitet.

3.6.1 Sikkerhet og personvern

Studien er registrert i system for Risiko og ETTERlevelse i forskning og utdanningsprosjekter (RETTE) ved Universitetet i Bergen (Universitetet i Bergen, 2019). Jeg gjennomførte RETTE sin prosjektveiviser for å undersøke om jeg ville trenge andre godkjenninger, og denne viste at jeg kun trengte å registrere prosjektet i RETTE, basert på informasjonen jeg skulle samle inn.

“Datatilsynet gir regler og prosedyrer som forutsetter at materialet oppbevares nedlåst og utilgjengelig for utenforstående” (Malterud, 2011, s. 205). For å sikre god behandling av sensitivt datamateriale, som i dette tilfellet inkluderer lydopptak av intervjuene og transkripsjonene underveis i prosessen, har jeg benyttet Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur (SAFE) som jeg har tilgang på gjennom utdanningsinstitusjonen (Universitetet i Bergen, 2020). “SAFE bygger på Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenestene (Normen) og sikrer at informasjonssikkerheten med hensyn til konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet blir ivaretatt ved behandling av sensitive personopplysninger” (Universitetet i Bergen, 2020, avsn. 1). Umiddelbart etter gjennomført

intervju ble lydopptakene importert inn i SAFE og slettet alle andre steder. Transkriberingen av intervjuene ble også gjennomført inne i SAFE.

3.6.2 Informert samtykke

Informert samtykke handler om at “[d]eltakeren skal kjenne prosjektet godt nok til å kunne ta stilling til om hun ønsker å bidra med kunnskap eller ikke” (Malterud, 2011, s. 204). Det handler også om at deltakeren til enhver tid skal ha muligheten til å trekke tilbake det som er sagt, for eksempel ved å slette datamaterialet. Skriftlig informasjonsskriv og samtykkeskjema er de viktigste forutsetningene for informert samtykke (Malterud, 2011). I denne studien ble informasjonsskriv med samtykkeskjema sendt ut sammen med invitasjon til studien, og samtykkeskjemaet ble signert av alle informanter før gjennomføring av intervjuene.

3.6.3 Anonymitet/konfidensialitet

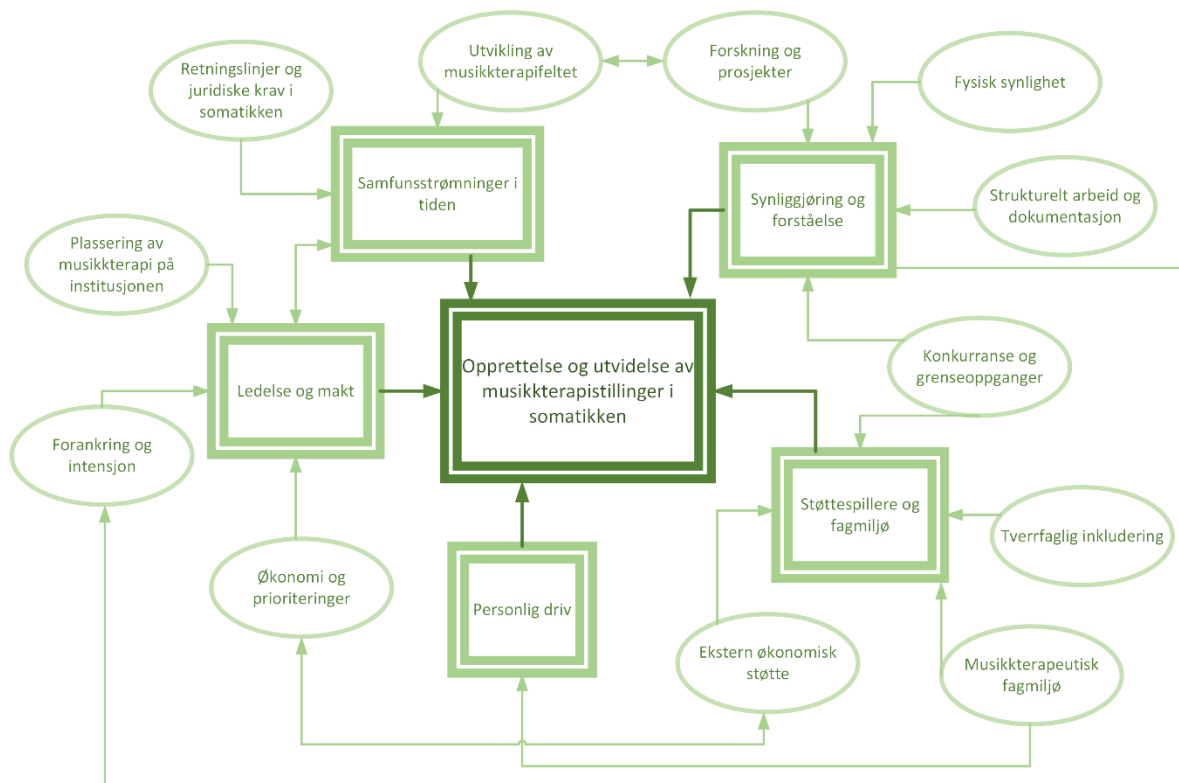
Det jeg etter hvert opplevde som den vanskeligste etiske utfordringen med denne masteroppgaven var å sikre at ingen informanter kan gjenkjennes i oppgaven. Etersom jeg har undersøkt et ganske snevert tema, med en forholdvis liten gruppe mulige informanter, var det vanskelig å anonymisere informantenes svar, i hvert fall nok til at ikke andre i samme miljø eller institusjon klarer å identifisere informantene. Jeg har vært åpen om denne utfordringen med alle informantene under intervjuene. Noen av informantene har selv uttrykt at det ikke er så nøye for dem hvorvidt de blir gjenkjent eller ikke ut fra oppgaven, spesielt med tanke på at spørsmålene i intervjuene ikke oppleves som sensitive eller personlige. Andre har vært mer opptatt av å minimere gjenkjennbarheten til seg selv og sin institusjon. Med utgangspunkt i dette har det aller viktigste for meg vært at alle informantene er komfortable med det jeg skriver, og å understreke at de har all rett til å be meg fjerne eller omformulere tekst som bunner fra deres intervju. Som et ledd i å forsikre meg om at informantene kan stå inne for og er komfortable med dataene jeg bruker og hvordan jeg bruker dem, har alle fått lese igjennom funn-kapittelet og relevante deler av metodekapittelet. På denne måten har de fått muligheten til å komme med tilbakemeldinger på om jeg avslører for mye av deres identitet, om de ønsker noe fjernet eller redigert, og/eller om de opplever at jeg har mistolket noen av deres utsagn. Malterud (2011) forklarer at “[o]m deltakeren samtykker i publisering av data som kan representere gjenkjennbarhet, skal

forskeren likevel ta et selvstendig ansvar for å vurdere om dette kan skade vedkommende på noen måte” (s. 205). Jeg har derfor tatt slike vurderinger fortløpende i arbeidet med funnene. For å forsøke å best mulig ivareta informantenes anonymitet har jeg også fjernet potensielt identifiserbart innhold som ikke er relevant for forståelsen av funnene, som blant annet geografisk sted, institusjon eller kjønn.

4.0 Presentasjon av funn

Funnene viser at hvordan musikkterapistillinger i somatikken blir opprettet, utvidet og opprettholdt er sammensatt og kompleks. Det er mange ulike faktorer som påvirker disse prosessene, i mer eller mindre grad, og til ulike tider. Jeg har identifisert fem (5) hovedtemaer, de fleste med flere undertemaer, hvor sammenhengene er mange (se Figur 1). Hovedtemaene er: synliggjøring og forståelse, støttespillere og fagmiljø, samfunnsstrømninger i tiden, ledelse og makt, og personlig driv.

Figur 1. Faktorer som påvirker og blir påvirket av opprettelse, utvidelse og opprettholdelse av musikkterapistillinger i somatikken.



Det er tydelig at det ikke er en enkel faktor som er avgjørende i prosessen rundt opprettelse, utvidelse og/eller opprettholdelse, men at det kan ses på som et puslespill med flere biter, slik musikkterapeut 2 beskriver.

MT2: Det er i hvert fall viktig det der med summen på en måte. Jeg tror at det ikke bare er én ting, det der med at man har med seg alle bitene for å bygge noe nytt. [...] Jeg tror ikke det er én sånn suksessfaktor, men at man klarer å jobbe på flere plan samtidig.

Omfanget og utviklingen av musikkterapitilbud og -stillinger ved de to institusjonene informantene kommer fra, er ganske ulikt. For å gi et bedre grunnlag for å forstå funnene i oppgaven, starter derfor dette kapittelet med å gi en kort oppsummering av denne utviklingen og dagens situasjon ved de to institusjonene. Videre i kapittelet vil de fem hovedfunnene presenteres, med aktuelle undertemaer.

4.1 Utviklingen av musikkterapitilbudet ved institusjonene

Funnene i oppgaven er basert på erfaringer rundt opprettelse og utvidelse av musikkterapitilbudet ved to ulike helseforetak/-institusjoner i Norge. Videre i oppgaven vil jeg omtale foretakene som institusjon A og institusjon B.

På institusjon A hadde musikkterapi sin spede begynnelse på 90-tallet. Her var det en ideell organisasjon som både tok initiativet og fant midlene til et eksternt musikkterapitilbud, tilsvarende en 20 prosent stilling (en dag i uken), som var forankret i et forskningsprosjekt til den første musikkterapeuten. Den videre utviklingen har gått gradvis frem til dags dato, hvor det i dag er 3,8 faste stillinger, forankret og finansiert internt på institusjonen, organisert under sykehus BUPen, i tillegg til en 0,5 prosjektstilling.

Musikkterapien sin historie på institusjon B er mye kortere. Her ble initiativet til musikkterapistillingen tatt av overordnet leder, med støtte fra både mellomleder og overlege, i 2020. Stillingen er forankret og finansiert i institusjonen, og er nå organisert i en egen enhet. Enn så lenge er det en prosjektstilling.

Videre i presentasjonen av funnene vil jeg benevne de ulike informantene med deres rolle/stillingstittel. Titlene vil være forkortet i sitatene slik som dette:

- MT (1, 2 og 3) = musikkterapeut
- LE = overordnet leder
- ML = mellomleder
- OL = overlege

4.2 Synliggjøring og forståelse

Synliggjøring og forståelse oppleves som det aller mest fremtredende funnet i datamaterialet, fordi det henger så tett sammen med de andre temaene på ulike måter (se Figur 1). I tillegg er synliggjøring og forståelse av musikkterapifaget viktig, da det i stor grad påvirker ledelse og andre maktpersoner, og deres forståelse for musikkterapeutens arbeid er avgjørende for deres prioriteringer og økonomiske avgjørelser (se mer i 4.5 Ledelse og makt).

LE: Jo mer status og jo mer synlig en tjeneste blir, jo lettere er det å prioritere den, enn hvis det er begrenset kjennskap til innholdet i tjenesten [...].

Mellomlederen tror synliggjøringen av musikkterapi som fag fra enkeltpersoner i musikkterapi miljøet også har påvirket prosessen på institusjon B.

ML: Det er jo enkeltpersoner [...] vi har hatt kontakt med i forbindelse med utdanningen, altså praksisplasser for musikkterapeut. Jeg tror jo de i kraft av seg selv og sin stilling er med på å påvirke uten at vi helt skjønner at vi har blitt påvirket.

I tillegg er innsikt i tilbudet essensielt for at ledelse skal forstå hvilke behov musikkterapeutene har på arbeidsplassen.

MT3: Det var jo litt sånn at jeg måtte påpeke å kjøpe inn nok instrumenter, jeg kan ikke gjøre jobben min ordentlig uten det. Det er jo mitt verktøy i møte med pasientene.

En “korrekt” eller ordentlig forståelse for faget og tilbudet påvirker også hvordan det blir snakket om og presentert, og denne omtalen har stor betydning for oppfattelsen av faget, da spesielt med tanke på status i sykehushierarkiet.

MT1: Hvordan andre ser deg. Hvordan du blir omtalt eller presentert, og dermed hvordan tilbudet blir presentert.

Hvordan å øke eller bedre synliggjøringen og forståelsen for musikkterapifaget kan gjøres på flere ulike måter: gjennom forskning og prosjekter, ved strukturelt arbeid og dokumentasjon, eller ved fysisk synlighet.

4.2.1 Forskning og prosjekter

Gjennom forskning og prosjekter kan man vise hvordan musikkterapi kan bidra og best utnyttes i den aktuelle konteksten.

MT1: Også etter hvert de siste årene så har vi jobbet med formell kompetanseheving. At vi har tatt ekstra kurs, vært med i forskningsprosjekter, såne ting. Alt for å argumentere for faggruppen vår. Hva vi kan bidra med, hvordan vi kan brukes best mulig.

Musikkterapeut 2 tror prosjekter og å snakke om faget er spesielt viktig i somatikken.

MT2: Det å ha klinisk godt arbeid samtidig som man utvikler seg via prosjekter og får snakke om det, tror jeg er viktig og spesielt innenfor somatikken [...]. Altså vi kan ikke gå og si at de skal ansette oss over noen andre. Vi må liksom være tydelig på hva vi kan brukes til og hvorfor, sånn at alle ser nytten av det.

Forskning er generelt ekstra viktig innen somatikken som er en så forskningsbasert og -fokusert kontekst, derfor kan musikkterapiforskningen være med på å øke statusen til faget, og gjøre det mer synlig.

OL: For det er klart at innenfor spesialisthelsetjenesten så er du avhengig av at du har forskning som støtter opp under musikkterapi som en del av behandling, at du kan rettferdiggjøre behandlingsformen og øke status for faget.

Forskning og prosjekter er også et godt utgangspunkt for utviklingen av nye tilbud, som kan føre til opprettelse og utvidelse av stillinger. Musikkterapeut 1 og 2 har aktivt brukt forskningsprosjekter på denne måten (se 4.4.2 Retningslinjer og juridiske krav i somatikken, for et eksempel på hvordan forskningen bidro til utvidelse).

MT1: De siste årene har vi jobbet en del for å få tilført ekstra midler gjennom forskningsprosjekter og sånt. Også har vi jobbet videre for å få de faste. Sånn at vi da har begynt med ny pasientgruppe på grunn av et prosjekt, så har vi sett at det har fungert, og da har vi argumentert for at dette må bli en fast del av tilbudet.

Musikkterapistillingen på institusjon B er fremdeles en prosjektstilling, selv om musikkterapeuten har fått garantert forlengelse og fast ansettelse på sikt. Musikkterapeut 3 tror flere forskningsprosjekter kan være nøkkelen til forståelse av musikkterapiens nytte og effekt i somatikken.

MT3: Hvis flere hadde vært villig til å opprette noen prosjektstillinger her og der, i voksensomatikken, så tror jeg at flere hadde fått øynene opp for det og skjønt hvilken effekt det hadde hatt. Både i forhold til å redusere medikament bruk, dempe angst og depresjoner, øke motoriske funksjoner. Det er veldig mange forskjellige ting vi kunne ha bidratt med, men som man ikke får vite fordi at man ikke faktisk har undersøkt det skikkelig. Og spesielt [når det kommer til] dette med bruk av ikke-medikamentell behandling, så er jo musikkterapien ganske sterk, det er ganske effektivt i mange tilfeller å bruke musikk. Men når man ikke vet at det er et alternativ en gang, så er det ikke så lett å utvikle det. Så jeg håper jo at det generelt, musikkterapi i sykehus i Norge, utvikler seg for vi ligger ganske langt bak de andre landene som vi kan sammenligne oss med.

Overlegen viser også til hvordan forskning og prosjekter kan være basen for nye tilbud i somatikken ellers, som hodeskade poliklinikk og nakke-rygg poliklinikk.

OL: Det som har vært en rød tråd og som har vært med på å opprette nye tilbud ved avdelingen er at nye tilbud har blitt bygd på forskning og erfaring man har fått gjennom forskningsprosjekt som man har satt i gang.

4.2.2 Strukturelt arbeid og dokumentasjon

Gjennom dokumentasjon av arbeidet kan man vise hvilket stykke arbeid som blir gjort av musikkterapeutene. Her handler det om at alle i sykehussystemet skal vite hva musikkterapeutenes spisskompetanse og egenverdi er, og hvorfor den er nyttig i den aktuelle konteksten, for pasienter, pårørende og andre ansatte.

MT2: At man får kommunisert faget på en måte sånn at man skjønner at “åja, men det er tidsbesparende for meg eller ressursbesparende at barnet ikke er redd, at de ikke må ha narkose for det her, fordi de har lært seg å mestre situasjonen”, eller “det sparer faktisk familien en hel dag hvis de slipper å komme tilbake”. Altså det med å løfte frem, ikke et sånt idealistisk grunnlag, men helt sånn konkrete behov, det tror jeg er viktig.

Denne formen for arbeid kan også gjøre stillingene som eksisterer sikrere og mindre personavhengige. Det kan handle om å ha tilgang til de riktige systemene, som for eksempel henvisninger og journaler. Å ha en god struktur som grunnlag “gjør det mindre avhengig av personlige faktorer” (MT1).

MT2: Så det jeg plukka opp litt, mens vi jobba selvfølgelig, var jo hvordan å synliggjøre dette her, alt det fantastiske som skjer innenfor musikkterapi; miljøterapeutisk, individuelt, undervisning. Hvordan sørge for at det ikke bare smuldrer bort hvis [MT1] skulle slutte en dag, eller jeg. Så det første jeg gjorde var egentlig å lage litt systemer for oss selv. Sånn type henvisninger, i papirform.

Det å ha tilgang til de samme systemene muliggjør dokumentasjon, og bare det å dokumentere i de samme systemene som alle andre kan bidra til økt synlighet og status for musikkterapi som fag.

MT1: I og med at vi nå har fått henvisninger på pasienter gjennom elektronisk journal på samme måten som fysioterapi gjør det eller psykologene gjør det og så videre, så dokumenterer vi også [...] på samme måten som andre gjør det, og det blir lest i mye større grad enn før. Så det er også en viktig del av arbeidet som igjen gjør at vi får høyna statusen for hva vi gjør.

Når musikkterapeutene på institusjon A endelig fikk tilgang til elektronisk henvisningssystem førte det for eksempel til at musikkterapeutene ble likestilt med blant annet psykologer og barnepsykiatere i systemet. Tilgangen på elektronisk henvisning gjorde også at musikkterapeutene opplevde at de andre ansatte i større grad forsto at det ligger en faglighet bak arbeidet.

MT2: Så da ble det sånn at vi måtte få primærhenvisninger, så det gjør at vi nå faktisk er likestilt med psykolog og barnepsykiater, som behandler. Og det tror jeg ikke jeg vet om noen andre som har liksom fått til, innenfor pediatri i hvert fall. Så det var en veldig stor milepæl, fordi da åpner det seg en litt ny verden, også må systemet forholde seg til oss på en annen måte.

Mer struktur og dokumentasjon gjør også arbeidet til musikkterapeutene mindre tilfeldig, ved blant annet å kunne prioritere riktig.

MT2: På et sykehus hvor det er så stor "turn over" av ansatte, det er en svær organisasjon, så er man liksom prisgitt de systemene som finnes for å navigere [...]. Man kjenner jo hverandre med navn og man har jobbet sammen lenge, men det er utrolig viktig at rollen er tydelig, for at du skal bli brukt. Og ikke bare fordi de andre ansatte kjenner [meg eller MT1], men at det er fordi de vet hvorfor de skal ha musikkterapi, til sine pasienter.

Gjennom formelle henvisningsprosesser må de andre ansatte begrunne hvorfor de har henvist den aktuelle pasienten til musikkterapi, som også gjør det lettere for musikkterapeuten å prioritere best mulig.

MT1: At henvisningene kommer mer systematisk og faglig begrunnet ikke minst. Hvorfor skal jeg til denne pasienten? At det henvises fordi pasienten skal få en god opplevelse av prosedyre og prøve å gjøre det uten så mye medikasjon. Eller det blir henvist fordi pasienten skal igjennom et langt løp hvor all forskning og erfaring viser at der er det mange risikofaktorer knyttet til traumer, så vi ønsker å være i forkant.

4.2.3 Fysisk synlighet

Musikkterapeut 3 understreker hvor viktig det kan være å både snakke om og vise frem musikkterapien til andre ansatte/kolleger.

MT3: For meg har det vært viktig å holde foredrag, snakke om faget mitt, invitere med meg folk til å delta på timene mine. For én ting er når man leser om det, men en annen er jo å faktisk observere med egne øyne, se hvordan det faktisk ser ut, og se hvordan pasienten responderer på det.

Det å faktisk se musikkterapi (praksisstudent) i aksjon på arbeidsplassen sin opplevde overlegen som forløsende med tanke på å satse på faget. Det viste noe av den faktiske nytten musikkterapi kunne ha på den spesifikke enheten.

OL: Det som kanskje var mest forløsende var jo den musikkterapistudenten. For da får du inn noen og du ser du har nytte [...]. Og sånn sett så blir det da lettere å selge inn for de som har beslutningsmyndighet.

4.3 Støttespillere og fagmiljø

Det kan være sårbart, spesielt for opprettholdelse av tilbud og stillinger, å være eneste i sin faggruppe på en arbeidsplass. Dette er blant annet fordi det er utmattende/slitsomt og ensomt å være alene, men også fordi tilbudet er spesielt utsatt ved for eksempel sykdom eller ferier.

OL: Det som kan tale for å få flere [musikkterapeuter] er jo at hvis du er flere sammen så vil det styrke fagmiljøet, og du er ikke så sårbar ved sykdom og annet fravær.

Musikkterapeut 1 understreker hvor viktig det å ha et fagmiljø er, både med tanke på utvidelse og utvikling av, og næring og påfyll til tilbudet, men også for å regelrett holde ut og orke å stå i jobben (opprettholdelse).

MT1: Når jeg sier fagmiljø, så handler det om at jeg kjente jo på i mange år, og det vet jeg flere gjør, at det har vært vanskelig å få overskudd til å gå videre, altså utover det å drukne i daglig praksis.

Støtte og fagmiljø kan man oppnå på ulike måter, blant annet gjennom å ha et musikkterapeutisk fagmiljø med andre musikkterapeuter og gjennom tverrfaglig inkludering på arbeidsplassen. Men det å være musikkterapeut i somatikken kan også by på utfordringer når det kommer til grenseoppganger med andre faggrupper, og potensiell konkurranse. Ekstern finansiell støtte kan også være avgjørende i en opprettelses-, utvidelses eller opprettholdelsesprosess.

4.3.1 Musikkterapeutisk fagmiljø

Det er flere måter å oppleve støtte og få et fagmiljø med andre musikkterapeuter på: å ha musikkterapeut(er) som kollega, gjennom nettverk med andre i samme fagfelt, eller ved veiledning.

MT1: Ja, fagmiljø vil jeg kanskje sette opp som en ordentlig viktig næring, for å orke og holde fortet, og klare å utvikle seg i det. Uansett om du finner det i et nettverk i Norden, eller man klarer å ha det på arbeidsplassen sin, eller du må ut å skaffe en veileder for å få noe av det.

På institusjon A opplever de nå omsider å ha et godt fagmiljø internt. Musikkterapeut 2 er tydelig på hvor viktig det å ha en kollega, å være to musikkterapeuter, har vært for vedkommende personlig.

MT2: Og ikke minst det å ha støtte av noen. For jeg hadde aldri klart det alene hvis ikke [MT1] hadde vært der. [...] Vi har vært sånn gode drivkrefter sammen tror jeg. Og at man er litt forskjellige typer er en fordel, fordi det er så mange elementer i faget vårt. Det er utrolig mange kompetanser i en pakke. Hvis man både skal være gründer, entreprenør, etablere noe innenfor veldig kjente systemer. Det er ikke bare-bare. Samtidig som man skal jobbe med pasientene, og rekke å øve litt, og lære seg noe nytt. Altså det er utrolig mange ting vi driver med. Så, ja, gode støttespillere og å ikke miste motet.

Musikkterapeut 3 uttrykker ønsket om en kollega, ettersom vedkommende er eneste musikkterapeut på sin arbeidsplass, samt ensomheten av å være alene.

MT3: Men det å ha en kollega og noen som forstår fagspråket ditt, det kjenner jeg på at er selvfølgelig et savn, som jeg håper at jeg kan få i fremtiden.

Om man ikke har den støtten og fagmiljøet man ønsker og trenger internt på arbeidsplassen, kan støtte fra andre musikkterapeuter som jobber i liknende kontekster være nyttig. Dette kan man blant annet få igjennom nettverk.

MT1: Vi har laget et nasjonalt nettverk, som vi kaller MiPe, musikkterapeuter i pediatri, som har vært veldig viktig for oss, særlig i den tidlige fasen, for da var alle alene. Og vi har møtt hverandre en til to ganger per år, for å gi kollegial støtte, og vise hverandre hva vi har klart å oppnå, og for å kunne bruke hverandre også som eksempel inn mot egen ledelse og egne institusjoner.

På institusjon A har de tidligere også tatt i bruk en ekstern veileder for å få det faglige miljøet de ønsket.

MT1: På et tidspunkt så kjente jeg veldig behov for å få litt mer overskudd faglig, vi er jo litt alene. Så jeg ba om veiledning, ekstern veiledning, og gikk inn i et samarbeid med [et norsk senter for musikkterapiforskning], fordi jeg viste til at vi har ikke et fagmiljø her på sykehuset, vi trenger påfyll. Og fikk da sykehuset til å betale for veiledningstimer med [en velrenommert musikkterapeut] i noen år. Gruppeveiledning

for at vi skal klare å ha nesa over kanten og ikke bare drukne i klinisk praksis i hverdagen, men å kunne tenke litt lengre linjer. Det har hjulpet oss veldig i noen år, for å sette i gang.

Veilederen kom inn med ny/annen kompetanse, og bidro både til faglig utvikling og diskusjoner, og til mer organisatorisk og strukturelt arbeid.

MT2: Det var en ekstern veiledningsgruppe hvor vi diskuterte både kliniske ting, men så kom vi jo stadig tilbake til det organisatoriske, det er der frustrasjonen ofte ligger.

Som en som for øyeblikket er eneste musikkterapeut på sin arbeidsplass reflekterer musikkterapeut 3 rundt utfordringene ved dette, og hvordan det påvirker vedkommende i jobbhverdagen. Blant annet mangelen på noen å sammenligne seg med.

MT3: Jeg kan kjenne på at jeg ikke vet hvem jeg kan sammenligne meg med, eller spørre om ting. Fordi jeg kjenner jo selvfølgelig andre musikkterapeuter som jobber med noe som kanskje ligner bitte litt, eller som jobber innenfor [helseforetak], men så har man både ulike systemer i forhold til journalføring og ulike måter institusjonen fungerer på.

Musikkterapeut 3 opplever det også som vanskelig å jobbe alene på grunn av mangelen på en sparringspartner i tankeprosesser og utvikling, og å alltid måtte stå alene i faglige diskusjoner.

MT3: Det å faktisk skulle gjøre alt på egenhånd, det er ikke så lett og det blir ikke nødvendigvis et kjempebra resultat alltid hvis jeg skal tenke alle tankene selv. Jeg er avhengig av folk, av at noen sparrer med meg, og så er det selvfølgelig lettere om den sparringspartneren er en musikkterapeut, og har litt likt utgangspunkt som jeg har. [...] Så det er kanskje det jeg kjenner mest på, at det å være to, det er veldig mye trygghet i det. Og for at ting skal være fruktbart, for at ting skal utvikle seg og ikke bare stoppe opp, så er man avhengig av at man er flere som kan tenke likt eller ulikt om det samme. Så det er kanskje det jeg sitter mest igjen med akkurat nå og kjenner

på, både når det gjelder faglige diskusjoner og bare sånn praktiske ting, at jeg er avhengig av å få litt input utenfra.

4.3.2 Tverrfaglig inkludering

Å være en del av det tverrfaglige teamet på arbeidsplassen, og føle seg som en integrert del av tilbudet oppleves som viktig for musikkterapeutene.

MT3: Når man skal presentere noe for første gang eller man skal prøve å gjøre noe til en del av noe som allerede er ganske etablert, så er det jo mildt sagt spennende. Det har gått veldig bra, og jeg får tilbakemelding på at folk synes det har blitt integrert ganske bra. Men det gjenstår en god del før jeg føler at det er helt integrert.

Musikkterapeut 3 viser til hvordan noe av arbeidet for økt forståelse og inkludering av musikkterapien har gått for seg på institusjon B.

MT3: Å oppmuntre folk til å bruke mer musikk, i stellsituasjon for eksempel. Eller samarbeidstimer, ikke sant, jobbe tverrfaglig, ha samarbeidstime med logoped eller med fysioterapeut, eller med sykepleier. De tingene der har vært veldig viktige, og å generelt bare snakke om faget mitt, og si noe om hva det er og hva det ikke er. Det å stoppe opp, prate med kolleger, hvis vi har samme pasient, fortelle litt om hva jeg har gjort og hva jeg har observert.

Arbeidet for å bli tatt seriøst og få lov til å være en del av teamet på lik linje med de andre faggruppene har vært en krevende og langdryg prosess på institusjon A. For eksempel å få lov til å delta på tverrfaglige møter.

MT1: Tilgang på, altså inkludering i tverrfaglige nettverk. Jeg kjempet litt for å få lov til å få være med på tverrfaglige møter en periode. Fordi da var det sånn «det skal vi ikke ha for mange inn på». [...] Så det har vært en kamp, å finne en struktur og få tilgang til det, og bli tatt seriøst som fagperson inn i det. Det har vært en lang prosess.

Det kan også være utfordrende å etablere en fagprofesjonell rolle som musikkterapeut, dette henger igjen sammen med en manglende forståelse for faget. Det kan i tillegg være spesielt krevende ettersom verktøyene man bruker i arbeidet ofte stikker seg ut, og for de aller fleste er forbundet med lek og moro.

MT2: Det hjelper jo ikke på å lage gode roller i sykehuset når folk blir så glad for å se gitaren, og lurer på om du er flink til å synge og blid, om du er et korps eller.

Spesielt i tilfeller hvor musikkterapeuten er alene i sin faggruppe på institusjonen, slik som musikkterapeut 3, kan det oppleves som ekstra viktig å føle seg inkludert, og å ha et godt samarbeid med andre.

MT3: Jeg har spilt på personer, spesielt på sengepost, og da tenker jeg på både seksjonsledere og assisterende seksjonsledere. Det har vært kjempeviktig for meg å spille på lag med [dem], når det gjelder hvordan jeg kan inkluderes mer i de tverrfaglige teamene, hvem jeg eventuelt skal snakke med om hva. Så jeg vil vel si at de har vært kjempeviktige støttespillere for meg.

Det å ha kolleger som støtter og «backer» musikkterapien, og som er på lag, kan også være essensielt, spesielt i scenarier hvor musikkterapitilbudet er truet.

MT3: Jeg vet jeg har ganske mange i ryggen, som ikke hadde godtatt [at stillingen ble kuttet eller redusert]. Jeg er såpass synlig, og har jo etablert kontakter, og vet hvem jeg skal spille på, hvem som kan hjelpe meg videre.

4.3.3 Konkurransen og grenseoppganger

Det finnes andre faggrupper på sykehuset og eksterne tilbud som kan ligne på musikkterapien, og som kan være mer synlig og ta mer plass. Musikkterapeutene kan oppleve en form for konkurranse mot disse, og et behov for å vise hvordan de skiller seg fra de andre tilbudene.

MT2: Fordi det finnes også sykehusklovner, det finnes forestillinger, du har den kulturelle skolesekken, du har sykehuskole. Det er veldig mange aktører på

sykehusene nå som er for barns beste, og akkurat sånn skal det være, men for at en musikkterapistilling skal være, tror jeg sykehuset må vite liksom «ja, men hvorfor vil vi satse på dette».

Her er det viktig å være bevisst likheter og ulikheter, og legge fokus på det unike ved musikkterapien og hva den kan tilby. Musikkterapeut 1 kaller dette for grenseoppganger.

MT1: Det jeg ser at det hele tiden har vært, i ulike perioder, ulike faggrupper som det har vært veldig aktuelt å gjøre en gjennomgang av skillene opp imot eller grenseoppganger. Kanskje mer det at det har vært viktig å gå opp grenseoppgangene. Hva er det vi gjør som er helt annerledes enn sykehusklovnene gjør. Hva er det vi kan gjøre som er likt med psykologene, og hva er ulikt. Hvordan en terapeutisk tankegang skiller seg fra den pedagogiske tankegangen på sykehuskolen. Så jeg har ikke lyst til å kalle det å føle seg truet av, men mer utfordra av grenseoppganger.

4.3.4 Ekstern økonomisk støtte

Støtte i form av finansiering fra eksterne aktører kan også være avgjørende for at musikkterapi tilbud og -stillinger blir opprettet. På institusjon A var slik støtte starten på det som i dag er et veletablert musikkterapi tilbud finansiert av interne midler.

MT1: Det var timebasert, så jeg var selvstendig næringsdrivende, hvor jeg sendte faktura til en ideell organisasjon for timene.

På institusjon B er alle informantene tydelige på at økonomi var og er en av de største hindringene, og at potensielle midler utenfra kunne vært nøkkelen for en videre utvidelse av musikkterapi tilbudet på institusjonen.

LE: Du kan si det å, for eksempel, få til noe prosjektmidler vil jo være gunstig. Både i forhold til midlene, [...] men det kan være gunstig i forhold til eventuelt at noen i hvert fall får en prosjektansettelse, også må man jo se hva muligheten er.

Mer om økonomi og prioriteringer under hovedtemaet “4.5 Ledelse og makt”.

4.4 Samfunnsstrømninger i tiden

Musikkterapeutene spesielt, har opplevd at strømningene i og kravene fra samfunnet har vært på «bølgelengde» med musikkterapiens tankegang, slik som fokus på pasientmedvirkning og miljøterapeutiske aspekt. Disse strømningene har dermed vært bidragsytende i å kunne vise fagfeltets relevans i den somatiske konteksten.

MT1: Vi kan si at den tidsånden og det kravet utenfra, som handler om akkurat det vi kan levere på, musikkterapien er et av flere mulige svar på en sånn type krav eller spørsmål som nå stilles i større grad enn før tenker jeg.

I dagens samfunn er man mer innstilt på komplekse og helhetlige sammenhenger, hvor musikkterapien som fag har mye å tilby, også i somatikken hvor fokuset i lang tid har vært overveldende rent medisinsk.

MT1: Så det har hjulpet og [...] henger jo sammen med det med at tidsånden generelt er mye mer innstilt på den type komplekse sammenhenger nå, som musikkterapien er et eksempel på. Så jeg har opplevd at tidsånden har vært veldig på vår side nå.

Både utviklingen av musikkterapien som fagfelt, samt retningslinjer og krav satt til sykehusene og aktørene i somatikken har påvirket utviklingen av musikkterapitilbud og -stillinger. Musikkterapeutene på institusjon A har flittig brukt retningslinjer og krav til somatikken som muligheter for videre utvidelse av tilbudet.

4.4.1 Utvikling av musikkterapifeltet nasjonalt og internasjonalt

Musikkterapeut 1 opplever at mye av opprettelsen og utvidelsen av musikkterapitilbudet i somatikken har skjedd parallelt med utviklingen av fagfeltet både her hjemme og ute i resten av verden.

MT1: Det har også vært en parallell prosess selvfølgelig med utviklingen av musikkterapi ute, både i Norge og internasjonalt. Som har hatt mye betydning for opprettelse, eller for hvordan vi har fått til å opprette stillinger, og øke såpass mye som det har gjort. For det har økt mye hos oss.

Forskningen på musikkterapi innen somatikken har stadig økt internasjonalt, og ført til «vind i seilene» for fagfeltet i denne konteksten.

MT1: Hvert fall det at musikkterapien generelt har hatt så mye vind i seilene, det er blitt gjort enormt mye forskning nå. Også særlig masse innenfor somatikkfeltet, selv om det er et lite felt i Norge, så er det jo mye større der ute.

Også det at andre helseinstitusjoner andre steder i landet etter hvert viste interesse for musikkterapi i somatikken, opplevde musikkterapeut 1 at påvirket ledelsen til å se nytten og relevansen av fagfeltet.

MT1: Pluss at det begynte å bli interesse andre steder i landet. I Bergen blant annet, og Tromsø.

Likevel nevner både musikkterapeut 2 og 3 behovet for mer informasjon og fokus på nettopp opprettelse av tilbud og stillinger i det musikkterapeutiske fagmiljøet. Musikkterapeut 2 understreker viktigheten av større fokus på aspekter og verktøy som studentene faktisk trenger for å komme inn på arbeidsmarkedet som nyutdannet. Musikkterapeut 3 forklarer hvordan en håndbok eller lignende skriv om etableringsprosessen, slik som finnes for rus og psykisk helsevern, hadde vært til stor hjelp i oppstartsfasen.

4.4.2 Retningslinjer og juridiske krav innen somatikken

Det utvikles ofte nye offisielle retningslinjer eller krav til sykehus, avdelinger og behandlingstilbudet som blir gitt. Disse forventingene har MT1 og MT2 stadig brukt som muligheter til å utvide sitt tilbud.

MT1: Så var jeg nok ganske heldig med tid og sted, for da begynte det å bevege seg rent juridisk også. At det var større krav om at barn på sykehus skulle få lov til å få en meningsfull og tilrettelagt hverdag.

Også krav om like rettigheter for alle barn på sykehus, ble brukt for å utvide tilbudet på institusjon A.

MT1: Da utvidet vi tilbudet til å omfatte avdeling for lever, nyre og hjerte. Vi gikk også inn på kirurgiske avdelinger, som faktisk ikke er en del av barneklirikken. Men da var det et krav om at alle barn på sykehuset skal ha like rettigheter, og en diskusjon om at jeg kunne egentlig ikke gi et tilbud til kun kreftsyke barn.

Musikkterapeut 2 forklarer godt et eksempel på hvordan de brukte retningslinjer som grunnlag for utvidelse, og prosessen rundt dette på institusjon A.

MT2: For å ta et eksempel, så kom det retningslinjer om barnepalliasjon samtidig som vi hadde jobbet litt eller fått en del forespørsler fra hjemme-sykehuset om vi ikke kunne følge pasienter videre der. For veldig mange av de pasientene vi fulgte tett ble skrevet ut til hjemme-sykehuset, og så stoppa oppfølgingen fra oss og flere andre grupper mens de var hjemme. Og da lagde vi et prosjekt som var under barnepalliasjon, men da i hjemme-sykehuset, og da fikk vi jo midler til det, samtidig som det ga evidens for hvorfor skal det være musikkterapeuter her. Og når vi kom i mål med prosjektet så fortsatte vi å jobbe der, og da hadde vi også opprettet samarbeid med de sykepleierne og legene. De ville fortsatt ha oss, og vi visste jo det var et behov, men i stedet for å si at «vi bør hit», så lagde vi et prosjekt som fikk synliggjort det fra flere vinkler, fikk midler til å jobbe der, og da er min erfaring at det er vanskeligere å ta bort folk som allerede gjør en jobb, enn å si «vær så god, du skal få gjøre mer». Så sånn har vi holdt på en del.

Overlegen viser også til hvordan fokus på og føringer om hjernehelse var medvirkende til opprettelsen av musikkterapistillingen på institusjon B.

OL: Også har det samtidig vært mer fokus på hjernehelse, hvor [helseforetak] har utviklet en plan og det har kommet føringer sentralt for at man skal legge vekt på det. Så sånn sett kan du si at det gjennom sentrale føringer i forhold til å bedre rehabiliteringstilbudet for folk med ervervet hjerneskode og generelt fokus på hjernehelse, lå mer til rette for å opprette en ny stilling.

4.5 Ledelse og makt

Det er tydelig at ledelse på den aktuelle institusjonen har stor påvirkning på muligheten for opprettelse og utvidelse musikkterapitilbud. Mellomlederen forklarer hvor vesentlig den overordnede lederen har vært for at det ble en musikkterapistilling på institusjon B.

ML: Nei altså, det aller aller viktigste er at overordnet leder har hatt et ønske om å utvide perspektivet [og tilbudet på enheten]. Det er nok det aller mest vesentlige for at det ble en musikkterapeut.

Ledelse oppleves som viktig for hvilke muligheter musikkterapien har på institusjonen.

MT1: Ledelse er noe jeg synes har vært en utfordring og en brems oppigjennom, og etter hvert en velsignelse. Det der med at hvor vi har hatt lederskapet og hvilke muligheter eller begrensninger det har gitt oss, i ulike faser, har vært viktig. [...] Det har vært betydningsfullt, hvor ledelsen her vært.

Musikkterapeut 1 snakket om hvordan ulik ledelse har påvirket både egen jobbhverdag og utviklingen av musikkterapitilbudet.

MT1: Det har vært veldig viktig hva slags type ledelse vi har hatt på sykehuset, men det har variert oppigjennom. Men vi har hatt støtte i ledelse hele veien, og det har vært kjempeviktig, men det har vært mer eller mindre konkret. Så i noen faser har det bare vært at de synes det er kjempefint, mens andre ganger har det vært støtte som det har vært litt makt og gjennomføringskraft bak. At det har blitt jobbet videre opp i systemet, og blitt sagt «se hva musikkterapeutene faktisk kvitterer med, vi prioriterer dette nå». Så i de siste årene så har ledelse på sykehus BUPen jobbet veldig mye for å synliggjøre det vi har vist.

4.5.1 Økonomi og prioriteringer

Det er kanskje ikke så rart at ledelse har mye å si, ettersom det er her makten ligger når det kommer til prioriteringer og økonomi innad i enheten/institusjonen. Og uten midlene til å lønne blir det ikke noen utvidelse.

MT2: Men den viktigste personen for at vi har fått stillingene det er jo lederen vår, som har tatt faget på alvor. Det er jo h*n som har fått det gjennomslaget, selv om vi har jobba, så kunne vi jo ropt oss hese hvis ikke h*n hadde fronta det videre. Så det er jo vi som har beredt grunnen, så det var klart på en måte, men det er jo h*n som har fått pengene på bordet til slutt.

Musikkterapeut 1 viser til at tilgjengelige midler til ulike tider har vært en av grunnene til at tilbudet på institusjon A litt etter litt ble utvidet, blant annet fra 40 til 80 prosent, og videre fra 80 til 160 prosent. Det var også midler frigjort på grunn av naturlig avgang som gjorde det mulig for institusjon B å ansette musikkterapeuten.

LE: Vi klarte å frigjøre noen midler i eget budsjett, i forbindelse med pensjonering og omstilling, altså naturlig avgang.

Det er ikke alltid mulig å få musikkterapitilbud finansiert internt i institusjonen. Da kan eksterne midler (som nevnt under hovedtemaet 4.3 Støttespillere og fagmiljø) likevel muliggjøre et nytt tilbud eller en ny stilling.

MT1: Det var en lang, lang periode hvor vi var avhengig av midler utenfra, [først midler fra en ideell organisasjon, så] gavemidler og sykehusledelsens villighet til å øremerke det til oss.

Overordnet leder forklarer hvordan lederjobben innebærer makten til å bestemme at «her trengs det en musikkterapeut til», men at prioriteringene bør tas sammen med de andre i systemet slik at det er konsensus rundt budsjettet. I prioriteringene handler det om å være bevisst handlingsrommet man har, og hvordan dette bør brukes for å gi pasientene det de trenger og ønsker.

LE: Når man leder en organisasjon eller en tjeneste så må vi hele tiden være bevisst handlingsrommet vårt, altså når noen blir pensjonert eller slutter eller noe sånt, så er det viktig å være bevisst, altså det vi gjorde og ansatte for fem og ti år siden, eller lenger siden, det er ikke lenger nødvendigvis det riktige å videreføre til enhver tid. Så det er noe med å stoppe litt opp og reflektere over hva er det vi trenger for pasientene våre nå fremover.

Ledelsen understreker at de tar sine valg basert på kunnskap. Dette viser tilbake til dette med synliggjøring og forståelse, med forskning i spissen. Musikkterapeutene må vise til forskning og evidens for hvorfor de har noe å gjøre i den somatiske konteksten.

LE: Det er et bevisst valg og en refleksjon rundt hvor tjenestene våre utvikler seg, og hvilke pasienter kommer vi til å ha fremover. Hva våre pasienter trenger, hva vi har erfart at de trenger. Kunnskapsbasert, altså, [...]. Vi er et sykehus, så det må være kunnskapsbasert.

4.5.2 Forankring og intensjon

Musikkterapeut 2 understreker hvor mye forankringen av musikkterapistillingen kan ha å si, uavhengig av hvor stor stillingen er eller hvor finansieringen kommer fra.

MT2: Det er også et råd som jeg pleier å gi, at det må forankres i sykehuset samtidig som de eksterne midlene, om det er ti prosent eller fem prosent, 20. Altså sånn at sykehuset har en intensjon om å ville ha deg der, fordi sykehushverdagen er så rask.

Denne forankringen og intensjonen kan også være helt essensiell for opprettholdelse av en musikkterapistilling. Om den eksterne finansieringen faller bort kan forankringen og intensjonen gjøre at ledelsen/sykehuset finner interne midler. Uten en forankring til sykehuset/institusjonen vil kontinuitet i både stilling og tilbud være veldig utfordrende. Musikkterapeut 2 vet selv om eksempler på musikkterapitilbud som har måttet starte opp om igjen og om igjen. Hvor man først har fått tilgang til eksterne midler og startet opp et tilbud, men så har midlene stoppet opp, og på grunn av manglende forankring og tilhørighet til

sykehuset har tilbudet dermed også stoppet. Så har det senere blitt nye midler tilgjengelig, men da har tilbudet måtte starte fra bunn igjen, ofte med en ny musikkterapeut.

MT2: Man sparer mye ved at man får en kontinuitet. Og med en gang sykehuset vet og litt hvorfor, eller klarer å være med på det og vil bruke penger på det så er liksom suksessfaktoren tror jeg mangedobla, hvis man klarer å få til den lille starten med en intensjon og litt forankring [...]. At du liksom ikke er en ekstern aktør, for da er det krevende tror jeg.

Intensjonen som ligger bak forankring, kan også knyttes sterkt til temaet om synliggjøring og forståelse. Ledelsen må være bevisst på hva musikkterapi er, og hva musikkterapeuten på stedet gjør og bidrar med.

MT2: Det er igjen liv som skal reddes og det skal spares og det skal kuttes, og sykepleierne får ikke gått på do. Altså sånn at hvis man skal ha eksterne midler inn i et sykehus så mener jeg hvert fall at da må sykehuset ville det, de må vite hva det er de ansetter, hva de skal ha. At hvis man vil at stillingen skal være, så kan det ikke være en sånn type «å, så koselig, skal vi se hva dette blir». Det er vanskelig.

Overordnet leder tror at det i deres tilfelle kunne vært lettere å prioritere om alle ansatte hadde vært organisert samme sted, noe som ikke er tilfellet for øyeblikket. Dette har ført til at det både er vanskeligere å rekruttere og utfordrende med tanke på utvikling av tjenestene.

LE: Det hadde kanskje vært enklere å prioritere hvis vi hadde hatt alle ansatte organisert i vår [enhet] [...]. For det er klart at med en større ansattgruppe så har vi litt mer handlingsrom.

4.5.3 Plassering av musikkterapi på institusjonen

Hvor musikkterapistillingen er plassert internt på institusjonen kan også ha stor betydning for musikkterapeuten. Dette gjelder spesielt for fagets status på arbeidsplassen, og for musikkterapeuten sin opplevelse av fagmiljø og tilhørighet blant de andre ansatte.

På institusjon B var musikkterapeuten originalt plassert under en spesifikk enhet, men da ledelsesansvaret ble delt i to, ble stillingen flyttet til en annen enhet.

ML: Jeg har tenkt det er naturlig at det ligger i min enhet, fordi jeg har fysioterapeuter og logoped, altså de nære samarbeidspartnere for musikkterapeuten. Sånn at [musikkterapeuten] skal få ha et miljø, når man er alene.

Når musikkterapien på institusjon A ble forankret inn på sykehuset, ble den opprinnelig plassert direkte under stab. Dette var ikke en ideell plassering av faget, og grunnen til at det ble plassert der var ifølge musikkterapeut 2 fordi sykehusledelsen ikke visste hvor musikkterapien burde høre hjemme. Men etter hvert fikk musikkterapeutene tilbud om en omorganisering, slik at musikkterapien ble en del av sykehus BUPen.

MT2: Og så ved at vi hadde gjort alt grunnarbeidet, og tenkt veldig nøye og vært i mange forskjellige prosesser, så gjorde vi oss egentlig klare for når vi fikk tilbud om å bli organisert under det som heter SBUP, avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus.

Som følge av denne omorganiseringen fikk musikkterapeutene en ny ledelse, som de opplevde som bedre, og mer interessert i faget.

MT2: Når vi kom under SBUP fikk vi en god leder der, som virkelig brenner for faget og ser hva vi gjør.

4.6 Personlig driv

Mye av arbeidet nevnt i tidligere temaer er og har vært avhengig av et stort personlig driv hos musikkterapeutene på institusjon A. Musikkterapeutene har hatt en tydelig visjon og intensjon, og jobbet målrettet på alle plan for å oppnå det.

MT1: Jeg har driften mye av den forandringen selv i begynnelsen, og etter hvert sammen med kollegaen min [MT2]. Jobbet mye for den forandringen. Og det har hatt konsekvenser for hvordan jeg jobber, hvordan miljøet rundt meg er eller om det er, og hva jeg faktisk får gjort med pasienter.

For eksempel var tilbudet om 80 prosent fast stilling på institusjon A, blant annet et resultat av musikkterapeut 1 sine argumenter i et brev til sykehusledelsen.

MT1: Senere så skrev jeg et brev til ledelsen [...] hvor jeg argumenterte faglig. At de måtte følge med i timen, og at jeg anbefalte sykehuset å ta stilling til om dette var noe de ønsket å fortsette å ha, og hvis de ønsket det, så beskrev jeg hvilke faktorer som måtte være på plass for å få kontinuitet i arbeidet, hvis man skulle bygge kompetanse. Og jeg sa det ikke da høyt, men det lå mellom linjene, at en fast stilling trengtes, og at en sånn type usikkerhet kan man bare leve med i en viss periode, også må man ut. Og da fikk jeg tilbud om 80 prosent fast stilling.

Det personlige drivet er tydelig i hvordan MT1 og MT2 har laget konkrete forslag til planer og strategier, som de har gitt videre til ledelsen.

MT2: Men det jeg tror gjorde at vi på en måte lyktes og trivdes med det vi gjorde i forhold til det utviklingsarbeidet var at vi jobba veldig intenst med å lage ting. Vi la planer og strategier, også liksom mata vi det til lederen og fikk godkjenning for det. Vi lagde det og produserte det, kom med forslag.

Musikkterapeut 2 mener dette er en side av somatikken som både kan være positiv og negativ. Men om man bruker den på riktig måte, så kan man få til mye.

MT2: Sånn sett er somatikk litt dumt, det er ingen som finner på noe nytt der. Men jeg trives jo med det, at hvis du kommer til en leder og sier «hei, jeg skal ha det sånn», så sier de «åja, for da skal du ha de samme tilgangen som ...». For det er det man er vant til, at folk har helt tydelige krav. Hvis du kommer og sier «jeg lurer på hva jeg kan bidra med inn her», så er det ingen som har tid.

Bak alt arbeidet og drivet har det for musikkterapeut 2 ligget en genuin tro på at de kan få det til. Og den harde jobbinga er lettere om man synes man har verdens beste jobb, slik som musikkterapeut 2 synes det er.

MT2: Jeg tror det handler litt igjen om det der realistiske synet kanskje. At jeg aldri har vært i tvil om at vi skulle få det til. Det har tatt tid, men jeg har vært helt hundre prosent sikker på at hvis vi jobber jevnt og trutt, og systematisk og grundig, så får vi det til, uten tvil.

5.0 Diskusjon

Funnene fra datamaterialet viser en stor kompleksitet når det kommer til opprettelsen, utvidelsen og opprettholdelsen av musikkterapi tilbud og -stillinger i somatikken. Videre følger en diskusjon rundt noen av aspektene i funnene, sett opp mot tidligere presentert litteratur og teori. Diskusjonstemaene er: fra prosjekt til fast ansettelse, tryggheten av intern forankring og finansiering, skepsis og manglende respekt, og å være tilpasningsdyktig. Krittisk blikk på egen forskning vil så bli presentert, før implikasjoner for videre forskning og praksis legges frem.

5.1 Fra prosjekt til fast ansettelse

Funnene viser at begge de to institusjonene har hatt eller er i en utvikling fra prosjektstilling eller forskningsprosjekt til fast ansettelse. Tilsvarende utvikling av musikkterapistillinger har både Tamplin (2006), og Due og Ghetti (2018) også funnet i sine studier.

Informantene i studien beskriver tydelig hvordan de har og kan bruke momentum fra ferske retningslinjer og krav til somatikken for å opprette forskningsprosjekter, for så å bruke resultatet fra forskningen som evidens og på et vis som et pressmiddel for å utvide tilbudet fast. Disse forskningsprosjektene og prosjektstillingene kan være nøkkelen for å opprette og/eller utvide et musikkterapi tilbud i somatiske kontekster. Dette er fordi et prosjekt med en utløpsdato er mindre risikabelt for organisasjonen om det skulle vise seg at musikkterapien ikke passer inn den aktuelle somatiske konteksten. Et prosjekt gir organisasjonen mulighet til å teste musikkterapi i sin kontekst. Dersom prosjektet oppfyller somatikkens krav til forskningsbasert kunnskap og metode, kan dette skape grunnlag for videreføring av tilbudet og på sikt fast stilling.

I tillegg kan dette kobles opp mot stabilitet og endring i organisasjonen (Eriksson-Zetterquist et al., 2014), og hvordan sykehus og avdelinger på sykehus har sterke og dyptliggende tradisjoner og strukturer (Ledger, 2010). Introduksjonen av en ny faggruppe/profesjon kan

om mulig oppfattes noe mildere og mindre omveltende om det i starten “kun” er et prosjekt, og noe som i utgangspunktet har en utløpsdato.

Bonde (2020) er tydelig skeptisk til å bruke eksternt finansierte prosjekter som *opprettelsesmetode*, og viser til hvordan denne metoden har hatt lite resultater i de nordiske landene. Han er derimot veldig positiv til å bruke forskningsprosjekter til å *utvide og utvikle* allerede eksisterende musikkterapistillinger og –tilbud som i utgangspunktet er ønsket av ledelse, tilpasset den rådende kulturen på avdelingen og en del av det tverrfaglige miljøet (Bonde, 2020). Han har selv sett suksessfulle eksempler på en slik tilnærming til utvidelse i Norge, slik som vi også ser i institusjon A, hvor musikkterapitilbudet har hatt en gradvis utvikling gjennom diverse prosjekter. Bonde (2020) understreker den avgjørende sammenhengen mellom synlighet og tverrfaglig utveksling, og integreringen av “musikkpraksiser” i sykehusets kultur og daglige rutiner.

Til tross for Bondes (2020) skepsis er det tydelig at forskningsprosjekter og prosjektstillinger faktisk brukes som opprettelse og startetablering av musikkterapistillinger i somatikken her i Norge. Musikkterapitilbudet ved både institusjon A og B startet som henholdsvis forskningsprosjekt eller prosjektstilling. Ved institusjon A har denne starten fungert veldig godt og resultert i flere faste stillinger. Håpet og troen er at det samme etter hvert skal skje for institusjon B, hvor stillingen i dag fremdeles er en prosjektstilling, men det har blitt garantert forlengelse og fast ansettelse på sikt. Samtalene rundt videre utvidelse av musikkterapitilbudet, og dermed mulig (prosjekt)ansettelse av enda en musikkterapeut har også begynt på institusjon B. En ny prosjektansettelse har godt grunnlag for å lykkes, så lenge viktige faktorer blir opprettholdt og videreført. Det innebærer faktorer som forankring i institusjonen, intern finansiering, og riktig plassering av musikkterapeuten innad på institusjonen. Å bli to på institusjonen vil også bidra til økt musikkterapeutisk fagmiljø.

5.2 Tryggheten av intern forankring og finansiering

Det kommer tydelig frem av funnene at økonomi spiller og har spilt en stor rolle i opprettelsen, utvidelsen og opprettholdelsen av musikkterapistillingene ved de to institusjonene. I en startfase av en stilling eller et tilbud kan ekstern finansiering være

absolutt nødvendig for å komme i gang, og i det hele tatt få til å starte opp. Dette er blant annet grunnet stadig strammere budsjetter i helsesektoren, hvor prioriteringene bare blir hardere og hardere. Men både Ledger (2010) og Knott et al. (2020) beskriver utfordringene og utrykgheten ekstern finansiering skaper, og Knott et al. (2020) viser tydelig at manglende finansiering er et reelt problem for musikkterapeuter i pediatrien i USA, hvor cirka halvparten av stillingene er finansiert eksternt/veldedig.

Det er en ambivalens mellom dette behovet for ekstern finansiering, og usikkerheten slik finansiering skaper for musikkterapeutene som er lønnet gjennom den. Denne studiens funn antyder at intern forankring av og intensjon bak musikkterapistillinger kan hjelpe med å redusere denne usikkerheten, også i tilfeller der stillingen er finansiert eksternt. Forankring kan gjøre stillinger mindre utsatte, og lettere å opprettholde. Viktigheten av forankring fremhever også Bonde (2020), blant annet ved at den gjør utvikling og refleksjon mulig, mens Ledger (2010) beskriver hvordan intern forankring viser en tydelig form for forpliktelse og ansvar tatt av ledelsen. Forankring viser intensjon bak stillingen, og et ønske om at den skal være noe som vedvarer. Dette sender et tydelig signal, både til den aktuelle musikkterapeuten og de andre ansatte på institusjonen.

Det som selvfølgelig oppleves som aller best og tryggest av musikkterapeuter er kombinasjonen av intern forankring og intern finansiering. Musikkterapeutene i denne studien som står i stillinger med denne kombinasjonen, opplever en ro i utviklings- og utvidelsesprosessen, som er grunnet at de er fast ansatt i stillinger de føler er trygge og lite utsatte. Due og Ghetti (2018) viser også til hvordan faste og forankrede stillinger oppleves som tryggere av musikkterapeutene. Jeg tror at en trygg og stabil stilling kan føre til bedre klinisk arbeid av musikkterapeutene. Når man ikke trenger å bruke tid og tankekraft for å opprettholde stillingen, kan man ha større fokus på godt klinisk arbeid med pasienter og pårørende.

5.3 Skepsis og manglende respekt

Musikkterapeut-informantene uttrykker alle en opplevelse av manglende forståelse for musikkterapi fra andre ansatte på institusjonen. I flere tilfeller har musikkterapeuter vært nødt

til å jobbe systematisk for å bli tatt seriøst og å bli inkludert i de tverrfaglige møtepunktene på institusjonen. Ledger (2010) og Knott et al. (2020) viser til følelsen av å ikke bli tatt seriøst og opplevelsen av å ikke ha respekt i det tverrfaglige samarbeidet. Begge identifiserer også behovet for å undervise og lære opp andre ansatte om musikkterapi. Både Palmer et al. (2017) og Knott et al. (2020) understreker den manglende forståelsen og kjennskapen til musikkterapi, og Palmer et al. (2017) forklarer hvordan dette fører til skepsis til faget fra andre faggrupper.

Denne skepsisen og mangelen på respekt kan ha grobunn i maktforholdene innad på sykehuset og avdelingen, og da spesielt knyttet til formelle og uformelle hierarkier mellom de ansatte (Due, 2017). Territorielle holdninger slik som Knott et al. (2020) nevner er en del av dette. I tillegg er det, som nevnt tidligere, krevende å sette i gang endringsprosesser i en så fastlåst og tradisjonsbundet organisasjon som et sykehus eller en sykehusavdeling kan være (Ledger, 2010). Samtidig kan det være viktig å huske på at introduksjonen av en ny faggruppe eller profesjon ofte kan få andre ansatte til å føle at deres domene blir truet, og da er det kanskje ikke så rart at det oppstår spenninger i en slik introduksjonsfase (Ledger, 2010).

Mye av løsningen for å øke forståelsen og respekten, og få musikkterapeuter inkludert i det tverrfaglige samarbeidet, finnes i hovedtemaet/faktoren “synliggjøring og forståelse”. Gjennom fysisk synlighet og dokumentering av hva musikkterapeuten gjør og hvordan den arbeider, kan andre ansatte lære mer om hva musikkterapi er og hvordan den best og mest effektivt kan brukes i den aktuelle konteksten. Gjennom internundervisning og forskningsprosjekter, kan det øvrige potensialet til faget illustreres, og den vitenskapelige tyngden bak musikkterapien blir synligere. Dette igjen kan øke respekten og statusen til faget hos de andre ansatte. Også det å bli plassert riktig sted innad på sykehuset, kan bidra til økt respekt hos de andre faggruppene, slik som funnene i denne studien og Ledger (2010) viser.

Det er interessant å reflektere rundt hvorvidt dette behovet for å måtte overbevise andre om fagets nytte og plass i konteksten er noe som er unikt for musikkterapien, eller om det er en fase alle nye faggrupper må igjennom i etableringsprosessen i somatikken. Det er kanskje en

normal del av en oppstartsfase for en hvilken som helst profesjon, i en så forskningsbasert og tradisjonsbundet kontekst som somatikken er. Hvis så er tilfellet, er det også spennende å se på om dette behovet for bevis og evidens er unikt, eller i hvert fall viktigere eller mer satt i fokus, for musikkterapeuter i somatikken. Hvis man sammenligner med musikkterapeuter i oppstartsfasen i andre kontekster, opplever de et tilsvarende behov for å måtte overbevise og vise evidens? Eller er dette behovet noe unikt for somatikken, med sin satte kultur, struktur og rutiner? Min umiddelbare tanke er at ettersom musikkterapeuter i stor grad jobber med utsatte og sårbare grupper i samfunnet, så har utenforstående muligens et generelt stort behov for evidens og overbevisning om faggruppens nytte, for å tørre å slippe den inn på arenaen. Håndboken for etablering av musikkterapi i rus- og psykiskhelsetjeneste (Kielland et al., 2020) kan tyde på et fokus på forskning og effekt i disse kontekstene også, men dette er noe som med fordel kan undersøkes nærmere i fremtiden.

5.4 Å være tilpasningsdyktig

Både Palmer et al. (2017) og Bonde (2020) understreker behovet og viktigheten av å være tilpasningsdyktig, gjennom å tilpasse musikkterapien og intervensjonene til avdelingens mål og prosedyrer, samt forsøke å innlemme faget i avdelingens kultur og rutiner. En evne til tilpasning kan fort være ekstra essensielt i det tradisjonsbundne medisinske systemet, og er kanskje en forutsetning for å lykkes.

Tilpasningsdyktighet kan vi fortolke ut av flere av oppgavens funn. Spesielt tydelig oppfatter jeg den i evnen musikkterapeutene viser i å se muligheter i kravene satt til somatikken gjennom for eksempel politiske retningslinjer. Med et hovedmål om tilbudsutvikling til pasientenes beste, bruker de kravene utenfra for å begrunne musikkterapeutiske forskningsprosjekter. Dette har i flere tilfeller ført til en permanent utvidelse av tilbudet, og dermed økt etterspørselen av musikkterapeuter på institusjonen.

Tilpasningsdyktighet ser jeg likevel på som et mulig dilemma for musikkterapeuter. Det å tilpasse seg og være fleksibel kan i mange tilfeller være nødvendig for å få innpass i den eksisterende kulturen og tradisjonen, og føre til gode rammevilkår for det musikkterapeutiske arbeidet. Samtidig tror jeg for stor grad av fleksibilitet og tilpasning potensielt kan føre til at

man går på akkord med faget, og både egne og faglige verdier, og resultere i rammevilkår som ikke gagnar tilbudet, pasienten eller musikkterapeuten.

Videre følger to tenkte eksempler på tilfeller hvor for mye tilpasningsdyktighet muligens kan få negative konsekvenser, og hvordan jeg ser for meg at synliggjøring heller kan være svaret. Om de andre ansatte mangler kunnskap om musikkterapien og hvordan den brukes, og dermed kun henviser pasienter til musikkterapi fordi de liker musikk, er dette ikke noe man som musikkterapeut burde tilpasse seg. Her er det heller viktig å jobbe med synliggjøring og forståelse, gjennom strukturelt arbeid og dokumentasjon, og fysisk synlighet. Med større forståelse for faget vil de ansatte lære hva musikkterapeuten gjør eller kan gjøre, og på hvilke grunnlag det er hensiktsmessig å henvise pasienter. Et annet eksempel er om musikkterapeuten er for tilpasningsdyktig når det kommer til avdelingens rigide rutiner og daglige gang, da vil det potensielt ikke bli tilstrekkelig tid for musikkterapeuten til å gjøre sitt arbeid med pasienter og pårørende. Her er det nok en gang viktig å vise de ansatte hva musikkterapien gjør, og hvordan den kan bidra inn i den hektiske sykehushverdagen, for eksempel på effektiviteten og kvaliteten på de andre ansattes arbeid.

5.5 Kritisk blikk på egen forskning

Ingen forskning er uten begrensninger eller uten rom for forbedring, og som masterstudent lærer man mye underveis i prosessen. Videre i denne delen vil jeg rette søkelys på noen slike begrensninger ved denne oppgaven.

Først og fremst er jeg bevisst på at masteroppgavens forskningstema har begrenset antall potensielle informanter. Datagrunnlaget er derfor generert fra få personer. Det er også viktig å være oppmerksom på at funnene i denne oppgaven kun er representative for de deltagende informantene, og at det er fullt mulig at andre med erfaring fra opprettelse, utvidelse og opprettholdelse av musikkterapi i somatikken har andre erfaringer og tanker om dette.

Det å utarbeide en intervjuguide som fremmet gode svar og refleksjoner fra alle informantene opplevde jeg som krevende, spesielt ettersom informantene hadde ulike roller og

tilnærminger til temaet. Jeg forsøkte å bruke det semistrukturerte forskningsintervjuet til min fordel ved å revidere spørsmål underveis i prosessen, samt å ta tak i informantenes egne utsagn for å få best mulig data. Men jeg opplevde det også som krevende å oppdage og følge opp interessante og uventede temaer og utsagn underveis i prosessen.

Refleksivitet i kvalitativ forskning handler i stor grad om å være bevisst og ta hensyn til sitt eget ståsted og forforståelse, og hvilken påvirkning dette kan ha på forskningsprosessen. Men må forsøke å ha “et åpent sinn med plass for tvil, ettertanker og uventede konklusjoner” (Malterud, 2011, s. 18). Gjennom hele prosessen har jeg forsøkt å ha stor grad av refleksivitet. Dette har jeg blant annet gjort ved å stille spørsmål ved mine egne koder og temaer i analyseprosessen, og forsøke å se det fra andre perspektiver. Likevel er det en mulighet for at nærhet til stoffet, for eksempel ved at man har egne erfaringer eller sterke meninger om et tema, kan komme i veien for refleksiviteten, slik at man ikke klarer å se alternative løsninger eller måter å tilnærme seg innholdet i datamaterialet på (Malterud, 2011, s. 19).

5.6 Implikasjoner for videre forskning og praksis

Som tidligere vist, finnes det lite informasjon, forskning og kartlegging av opprettelse, utvidelse og opprettholdelse av musikkterapitilbud og -stillinger, spesielt i somatikken. Denne oppgaven viser at feltet er komplekst, og videre forskning er absolutt å anbefale. Spesielt interessant hadde det vært å utforske mer dyptgående hvordan synliggjøring og forståelse i ulike former best kan brukes eller utnyttes i opprettelses-, utvidelses- og opprettholdelsesprosesser. Mer forskning og kartlegging av disse prosessene kan gjøre arbeidet med opprettelse, utvidelse og opprettholdelse lettere å forstå og gjennomføre, og forhåpentligvis bidra til stadig flere stillinger og tilbud om musikkterapi for somatiske pasienter og deres pårørende nasjonalt.

Musikkterapeutene påpeker et manglende fokus i det musikkterapeutiske fagmiljøet på prosessene som påvirker opprettelse, utvidelse og opprettholdelse. Dette handler både om et behov for større fokus på dette i utdanningen, samt nødvendigheten av en håndbok tilsvarende Kielland et al. (2020) for somatikken. En slik håndbok burde forklare, for både

musikkterapeut og arbeidsgiver, hva som bør være på plass med tanke på tilganger til systemer, hva musikkterapeuten trenger for å starte i jobben i form av budsjett for instrumentkjøp og behov for rom, samt tips for å gjøre musikkterapeuten til en integrert del av teamet på arbeidsplassen. Dette kan føre til større kontinuitet i nye stillinger. Behovet for en slik håndbok eller mal støttes også av Mangersnes (2012).

Funnene viser at ved å koble utvikling av nye tilbud til forskningsprosjekter begrunnet i samfunnsstrømninger i tiden, slik som juridiske krav til somatikken, kan musikkterapeuter få innpass i stadig nye somatiske kontekster, og forbedre forskningsgrunnlaget for fagets nytte og effekt innen somatikken. Et håp og ønske om mer forskning og prosjekter innen den spesifikke konteksten på institusjon B blir uttrykt. Dette kan føre til økt forståelse for musikkterapiens potensiale i denne konteksten, og kanskje resultere i et større tilbud og flere stillinger, både innad på den spesifikke institusjonen og på andre tilsvarende institusjoner nasjonalt. I en forlengelse av dette er det også et stort behov for etablering av et tilbud kommunalt, hvor musikkterapeuter på somatiske institusjoner kan henvise pasienter videre etter utskriving. Tiden pasienter oppholder seg i spesialisthelsetjenesten er tross alt begrenset, og nytten og behovet av videre musikkterapeutisk oppfølging kan være stort, men er per dags dato ikke kartlagt.

6.0 Konklusjon

Arbeidet med denne oppgaven har ført til belysning av en rekke viktige temaer og diskusjoner. For å oppsummere best mulig vender jeg tilbake til problemstillingen min: Hvordan blir musikkterapitilbud i somatiske kontekster i Norge opprettet, utvidet og opprettholdt? Etter semistrukturerte forskningsintervju med seks informanter, og tematisk analyse av datamaterialet ble fem hovedfaktorer indentifisert: synliggjøring og forståelse, støttespillere og fagmiljø, samfunnsstrømninger i tiden, ledelse og makt, og personlig driv.

Faktoren som i størst grad gjennomsyrrer funnene på tvers av temaer er synliggjøring og forståelse, som oppnås gjennom forskning og prosjekter, strukturelt arbeid og dokumentasjon, og fysisk synlighet. Synliggjøring og forståelse kan bidra til økt respekt og status, og motvirke skepsis, som muliggjør større grad av tverrfaglig inkludering, bevissthet rundt grenseoppganger, og dermed en redusert opplevelse av konkurranse med andre faggrupper/aktører. Gjennom synliggjøring får ledelsen større forståelse for faget, som kan føre til en tydelig intensjon bak stillingen, villighet til å forankre den i institusjonen, og til å finne interne midler til å opprettholde den om nødvendig. I tillegg kan forståelse, spesielt gjennom forskning, gi kunnskapsgrunnlaget ledelse trenger for å forsvare prioritering av faget. Om man klarer å tilpasse seg og utnytte samfunnsstrømningene i tiden, og koble faget, prosjekter og forskningen opp mot aktuelle politiske retningslinjer og krav, kan argumentet for fagets posisjon og relevans bli enda sterkere, og legge et grunnlag for videre økning av musikkterapitilbud. Prosjekt- og forskningsstillinger kan også fungere som oppstart om man har gode nok rammevilkår for stillingen. Slike prosjektstillinger kan oppleves som tryggere å stå i om de har intern forankring og/eller finansiering, men ambivalensen mellom behovet for ekstern finansiering og utryggheten den skaper er stor. Alt arbeidet kan i mange tilfeller kreve et stort personlig driv hos musikkterapeuten som står i prosessen, men blir lettere om man er flere sammen om det.

Funnene tyder på at utvikling av musikkterapitjenester er kompleks som et puslespill: hovedtemaene og undertemaene henger tett sammen, og ingen enkeltfaktor alene er tilstrekkelig i opprettelse, utvidelse og opprettholdelse av musikkterapitilbud- og stillinger i norske somatiske kontekster.

7.0 Litteraturliste

- Aasgaard, T. (2001). An ecology of love: Aspects of music therapy in the pediatric oncology environment. *Journal of Palliative Care*, 17(3), 177-181. Hentet fra <https://search-proquest-com.pva.uib.no/docview/214199828?accountid=8579>.
- Aldridge, D. (Red.). (2005). *Music therapy and neurological rehabilitation: Performing health*. Jessica Kingsley Publishers. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bergen-ebooks/reader.action?docID=290687>.
- Altenmüller, E., & Schlaug, G. (2013). Neurologic music therapy: The beneficial effects of music making on neurorehabilitation. *Acoustical Science and Technology*, 34(1), 5-12. <https://doi.org/10.1250/ast.34.5>.
- American Music Therapy Association (AMTA) (2018). 2018 AMTA member survey & workforce analysis: A descriptive, statistical profile of the 2018 AMTA membership and music therapy community. <https://www.musictherapy.org/assets/1/7/18WorkforceAnalysis.pdf>.
- Askeland, H. (2013). *Hvordan forstå organisasjoner og ledelse av organisasjoner? Faglige grunnlagsspørsmål av betydning for organisering og ledelse* (Diakonhjemmet Høgskole, Rapport 2013/10). Diakonhjemmet Høgskole. <http://hdl.handle.net/11250/98637>.
- Avers, L., Mathur, A., & Kamat, D. (2007). Music therapy in pediatrics. *Clinical Pediatrics*, 46(7), 575-579. <https://doi.org/10.1177/0009922806294846>.
- Bates, D., Bolwell, B., Majhail, N. S., Rybicki, L., Yurch, M., Abounader, D., Kohuth, J., Jarancik, S., Koniarczyk, H., McLellan, L., Dabney, J., Lawrence, C., Gallagher, L., Kalaycio, M., Sobecks, R., Dean, R., Hill, B., Pohlman, B., Hamilton, B. K., ... Liu, H. D. (2017). Music therapy for symptom management after autologous stem Cell transplantation: results from a randomized study. *Biology of Blood Marrow Transplantation*, 23(9), 1567-1572. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbmt.2017.05.015>.
- Berg, O. T. (2019, 28. Januar). Organisasjonsteori. I *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/organisasjonsteori>.

- Bieleninik, Ł., Ettenberger, M., Epstein, S., Elefant, C., & Arnon, S. (2021). Potential psychological and biological mechanisms underlying the effectiveness of neonatal music therapy during kangaroo mother care for preterm infants and their parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8557. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168557>.
- Bonde, L. O. (2020). Music and health promotion in Danish/ Nordic hospitals – who and how? An essay. I L. O. Bonde & K. Johansson (Red.), *Music in Paediatric Hospitals: Nordic Perspectives* (s. 149-169). NMH Publications.
- Bradt, J., & Dileo, C. (2014). Music interventions for mechanically ventilated patients. *Cochrane Database for Systematic Reviews*, 12. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006902.pub3>.
- Bradt, J., Dileo, C., Myers-Coffman, K., & Biondo, J. (2021). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in people with cancer (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006911.pub4>.
- Bradt, J., Dileo, C., & Shim, M. (2013). Music interventions for preoperative anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006908.pub2>.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2018). *Doing Interviews* (2. utg.). SAGE Publications Ltd. <https://dx.doi.org/10.4135/9781529716665>.
- Busch, T., Vanebo, J. O., & Dehlin, E. (2010). *Organisasjon og organisering* (6. utg.). Universitetsforlaget.
- Carr, C. E., Tsiris, G., & Reigersberg, M. S. (2017). Understanding the present, re-visioning the future: An initial mapping of music therapists in the United Kingdom. *British Journal of Music Therapy*, 31(2), 68-85. <https://doi.org/10.1177/1359457517728379>.
- Colwell, C. M., Edwards, R., Hernandez, E., & Brees, K. (2013). Impact of music therapy interventions (listening, composition, Orff-based) on the physiological and

- psychosocial behaviors of hospitalized children: A feasibility study. *Journal of Pediatric Nursing*, 28, 249-257. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2012.08.008>.
- Crouse, T., & Lowe, P. A. (2018). Snowball sampling. I B. B. Frey (Red.), *The SAGE Encyclopedia of Educational Research, Measurement, and Evaluation* (s. 1532). <https://dx.doi.org/10.4135/9781506326139>.
- Det Norske Akademi for Språk og Litteratur (u.å.a). *Opprettholdelse*. Norske Akademis Ordbok. <https://naob.no/ordbok/opprettholdelse>.
- Det Norske Akademi for Språk og Litteratur (u.å.b). *Utvide*. Norske Akademis Ordbok. <https://naob.no/ordbok/utvide>.
- Due, F. B. (2017). *Implementering av et musikkterapitilbud ved en barneklinnk: en fokusert etnografisk studie* [Masteroppgave, Universitetet i Bergen]. Bergen Open Research Archive (BORA). <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/16157>.
- Due, F. B., & Ghetti, C. (2018). Implementation of music therapy at a Norwegian children's hospital: A focused ethnographic study. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 18(2). <https://doi.org/10.15845/voices.v18i2.963>.
- Engedal, K. (2022, 23. februar). Geriatri. I *Store Medisinske Leksikon*. <https://sml.snl.no/geriatri>.
- Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T., & Styhre, A. (2014). *Organisasjonsteori* (K. Woll, Overs.). Cappelen Damm. (Opprinnelig utgitt 2006).
- Flaa, P., Hofoss, D., Holmer-Hoven, F., Medhus, T., & Rønning, R. (1995). *Innføring i organisasjonsteori* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>.
- Furh, G. (u.å.). *Musikkterapi på sykehus*. Norsk Forening for Musikkterapi. <https://www.musikkterapi.no/arbeidsfelt/2019/6/13/musikkterapi-p-sykehus>.
- Gramaglia, C., Gambaro, E., Vecchi, C., Licandro, D., Raina, G., Pisani, C., Burgio, V., Farruggio, S., Rolla, R., Deantonio, L., Grossini, E., Krengli, M., & Zeppego, P. (2019). Outcomes of music therapy interventions in cancer patients—A review of the

- literature. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 138, 241-254.
<https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2019.04.004>.
- Halås, M. S. (2019). *Musikkterapeuter som profesjonsgruppe i Norge: en kartleggingsundersøkelse av musikkterapeuter som er medlem i Norsk forening for musikkterapi sin utdanning, arbeidsfelt og tilsettingsforhold* [Masteroppgave, Universitetet i Bergen]. Bergen Open Research Archive (BORA).
<https://hdl.handle.net/1956/20905>.
- Hammarlund, I. (2019). *Digital kulturarena som resurs i vård av äldre: en pilotstudie*. Kungl. Musikhögskolan (KMH). <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:kmh:diva-3013>.
- Hammarlund, I., & Wallius, R. (2015). Sweden: country report on professional recognition of music therapy. *Approaches: Music Therapy & Special Music Education*, 7(1), 183-184. https://approaches.gr/wp-content/uploads/2015/08/Approaches_712015_Sweden_Hammarlund-Wallius.pdf
- Haslbeck, F. B., & Bassler, D. (2018). Music from the very beginning—A neuroscience-based framework for music as therapy for preterm infants and their parents. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12. <http://dx.doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00112>.
- Haslbeck, F. B., Schmidli, L., Bucher, H. U., & Bassler, D. (2021). Music is life—follow-up qualitative study on parental experiences of creative music therapy in the neonatal period. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6678. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18126678>.
- Hatch, M. J. (2011). *Organizations: A very short introduction*. Oxford University Press.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (IS-1957)* [nettdokument]. Helsedirektoratet (lest 10. august 2021).
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>.
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (IS-2800)* [nettdokument]. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 14. oktober 2019, lest 10. august 2021).
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/>.

- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonal faglig retningslinjer for palliasjon til barn og unge uavhengig diagnose* [nettdokument]. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 04. mai 2017, lest 10. august 2021). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-til-barn-og-unge>.
- Helsedirektoratet. (2020). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft hos barn (IS-2925)* [nettdokument]. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 26. mai 2020, lest 10. august 2021). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kreft-hos-barn-handlingsprogram/>.
- Implementere. (2022, 16. februar). I *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/implementere>.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Jensen, A., & Nielsen, J. B. (2019). *Brug af musik i det danske sundhedsvæsen*. https://vbn.aau.dk/ws/files/311065980/583605_storrapport_musikisundhedsv.pdf.
- Kern, P., & Tague, D. B. (2017). Music therapy practice status and trends worldwide: An international survey study. *Journal of Music Therapy*, 54(3), 255-286. <https://doi-org.pva.uib.no/10.1093/jmt/thx011>.
- Kielland, T., Solli, H. P., & Trondalen, G. (2020). *Etableringshåndbok: for rus- og psykisk helsetjeneste*. NMH-publikasjoner (2020: 2).
- Kievisiene, J., Jautakyte, R., Rauckiene-Michaelsson, A., Fatkulina, N., & Agostinis-Sobrinho, C. (2020). The Effect of Art Therapy and Music Therapy on Breast Cancer Patients: What We Know and What We Need to Find Out—A Systematic Review. *Evidence - Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020. <http://dx.doi.org/10.1155/2020/7390321>.
- Knott, D., Biard, M., Nelson, K. E., Epstein, S., Robb, S. L., & Ghatti, C. M. (2020). A survey of music therapists working in pediatric medical settings in the United States. *Journal of Music Therapy*, 57(1), 34-65. <https://doi-org.pva.uib.no/10.1093/jmt/thz019>.
- Krumsvik, R. J. (2015). *Forskningsdesign og kvalitativ metode – en innføring*. Fagbokforlaget.

- Kåss, E. (2020). Somatisk. I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 27. mars 2020 fra <https://sml.snl.no/somatisk>.
- Ledger, A. J. (2010). *Am I a founder or am I a fraud? Music therapists' experiences of developing services in healthcare organizations* [Doktoravhandling, University of Limerick]. University of Limerick Institutional Repository. <https://ulir.ul.ie/handle/10344/1131>.
- Ledger, A. J., Edwards, J., & Morley, M. (2013). A change management perspective on the introduction of music therapy to interprofessional teams. *Journal of Health Organization and Management*, 27(6), 714-732. <https://doi.org/10.1108/JHOM-11-2011-0119>.
- Leonardi, S., Cacciola, A., De Luca, R., Aragona, B., Andronaco, V., Milardi, D., Bramanti, P., & Calabrò, R. S. (2018). The role of music therapy in rehabilitation: improving aphasia and beyond. *International Journal of Neuroscience*, 128(1), 90-99. <https://doi.org/10.1080/00207454.2017.1353981>.
- Li, Y., Xing, X., Shi, X., Yan, P., Chen, Y., Li, M., Zhang, W., Li, X., & Yang, K. (2020). The effectiveness of music therapy for patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(5), 1111-1123. <https://doi.org/10.1111/jan.14313>.
- Magee, W. L. (2019). Why include music therapy in a neuro-rehabilitation team? *Advances in Clinical Neuroscience & Rehabilitation*, 19(2), 10-12. <https://doi.org/10.47795/STUI1319>.
- Magee, W. L., Clark, I., Tamplin, J., & Bradt, J. (2017). Music interventions for acquired brain injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006787.pub3>.
- Maitre, N. L., & Arnon, S. (2020). Music therapy for neonatal stress and pain—music to our ears. *Journal of Perinatology*, 40(12), 1734–1735. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-00838-1>.
- Malt, U. (2019). Somatiske symptomer. I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 27.mars 2020 fra https://sml.snl.no/somatiske_symptomer.

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Mangersnes, J. (2012). "Kva er meg, og kva er systemet?": ei kvalitativ undersøking av musikkterapeutar sine erfaringar i høve til sin rolle og profesjonalitet i arbeid med born på sjukehus [Masteroppgave, Universitetet i Bergen]. Bergen Open Research Archive (BORA). <https://bora.uib.no/bora-xmloi/bitstream/handle/1956/6114/94844786.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Matney, B. (2019). A knowledge framework for the philosophical underpinnings of research: implications for music therapy. *The Journal of Music Therapy*, 56(1), 1-29. <https://doi.org/10.1093/jmt/thy018>.
- Mellingen, M. (2020). Music therapy as procedural and treatment support in paediatric healthcare: a review of the literature from a Nordic perspective. I L. O. Bonde & K. Johansson (Red.), *Music in Paediatric Hospitals – Nordic Perspectives* (s. 81-108). Norges Musikkhøgskole.
- Mishra, R., Florez-Perdomo, W. A., Shrivatava, A., Chouksey, P., Raj, S., Moscote-Salazar, L. R., Rahman, M., Sutar, R., & Agrawal, A. (2021). Role of music therapy in traumatic brain injury: a systematic review and meta-analysis. *World Neurosurgery*, 146, 197-204. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2020.10.130>.
- Monsalve-Duarte, S., Betancourt-Zapata, W., Suarez-Cañon, N., Maya, R., Salgado-Vasco, A., Prieto-Garces, S., Marín-Sánchez, J., Gómez-Ortega, V., Valderrama, M., & Etenberger, M. (2022). Music therapy and music medicine interventions with adult burn patients: a systematic review and meta-analysis. *Burns*, 48(3), 510-521. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2021.11.002>.
- Norsk Helseinformatikk. (2021, 26. februar). *Hva er palliativ medisin?* Norsk Helseinformatikk. <https://nhi.no/sykdommer/kreft/lindrende-behandling/palliativ-medisin/>.
- Palmer, J. B. (2014). *The effect of music therapy on the anxiety levels of women awaiting breast cancer surgery* [Masteroppgave, Colorado State University]. <https://www.proquest.com/docview/1615801438?pq-origsite=primo>.

- Palmer, J. B., Lane, D., & Mayo, D. (2017). Surgical music therapy: The significance and implementation of music therapy in the operating arena. *Music Therapy Perspectives*, 35(1), 30-35. <https://doi.org/10.1093/mtp/miv036>.
- Park, M. M. (2012). *The experience of music therapy among adolescents at a children's hospital in the San Francisco Bay Area: A qualitative exploration* [Doktoravhandling, John F. Kennedy University]. <https://www.proquest.com/docview/1459227943?pq-origsite=primo>.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-1.
- Polyfon kunnskapsklynge for musikkterapi (2019). *Råd ved tilsetjing av musikkterapeut*. GAMUT. <https://gamut.w.uib.no/files/2021/05/Rad-ved-tilsetjing-av-musikkterapeut.pdf>.
- Rønhovde, A. L. (2018). «Pappa, pappa, i dag spelte eg på ein frosk!» - ein kvalitativ studie om deltakarar sine opplevingar av ei musikkterapigruppe på ein barne- og ungdomsklinikk på sjukehus [Masteroppgave, Universitetet i Bergen]. Bergen Open Research Archive (BORA). <https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/1956/18673/Masteroppg-ve-i-musikkterapi--Pappa--pappa--i-dag-spelte-eg-p--ein-frosk--.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
- Sagberg, I. (2022, 17. januar). Ledelse. I *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/ledelse>.
- Skirbekk, S., & Tjernshaugen, A. (2021, 7. november). Hierarki. I *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/hierarki>.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/for-tidlig-fodte-barn>.
- Steinhardt, T. L., & Ghetti, C. M. (2020). Resonance between theory and practice: development of a theory-supported documentation tool for music therapy as procedural support within a biopsychosocial frame. I L. O. Bonde & K. Johansson

- (Red.), *Music in Paediatric Hospitals – Nordic Perspectives* (s. 109-140). Norges Musikkhøgskole.
- Tamplin, J. (2006). Development of a music therapy service in an Australian public rehabilitation hospital. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 6(1). <https://doi.org/10.15845/voices.v6i1.245>.
- Tamplin, J., & Baker, F. (2006). *Music therapy methods in neurorehabilitation: A clinician's manual*. Jessica Kingsley Publishers. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bergen-ebooks/reader.action?docID=290949>.
- Tan, X., Yowler, C. J., Super, D. M., & Fratianne, R. B. (2010). The efficacy of music therapy protocols for decreasing pain, anxiety, and muscle tension levels during burn dressing changes: A prospective randomized crossover trial. *Journal of Burn Care & Research*, 31(4), 590-597. <https://doi.org/10.1097/BCR.0b013e3181e4d71b>.
- Uggla, L., & Bonde, L. O. (2020). Music therapy for children going through haematopoietic stem cell transplantation. I L. O. Bonde & K. Johansson (Red.), *Music in Paediatric Hospitals – Nordic Perspectives* (s. 141-148). Norges Musikkhøgskole.
- Uggla, L., Bonde, L. O., Svahn, B. M., Remberger, M., Wrangsjö, B., & Gustafsson, B. (2016). Music therapy can lower the heart rates of severely sick children. *Acta Paediatrica*, 105, 1225-1230. <https://doi.org/10.1111/apa.13452>.
- Ullsten, A., Gaden, T. S., & Mangersnes, J. (2020). Development of family-centred care informing Nordic neonatal music therapy. I L. O. Bonde & K. Johansson (Red.), *Music in Paediatric Hospitals – Nordic Perspectives* (s. 1-24). Norges Musikkhøgskole.
- Universitetet i Bergen. (2020, 13. januar). *SAFE (sikker adgang til forskningsdata og e-infrastruktur)*. Universitetet i Bergen. <https://www.uib.no/safe>.
- Universitetet i Bergen. (2019, 23. Oktober). *Registrer prosjektet ditt i RETTE*. Universitetet i Bergen. <https://www.uib.no/personvern/123947/registrer-prosjektet-ditt-i-rette>.
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119-147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>.

- Walworth, D., Rumana, C. S., Nguyen, J., & Jarred, J. (2008). Effects of live music therapy sessions on quality of life indicators, medications administered and hospital length of stay for patients undergoing elective surgical procedures for brain. *Journal of Music Therapy*, 45(3), 349-59. <https://doi.org/10.1093/jmt/45.3.349>.
- Wheeler, B. L. & Bruscia, K. E. (2016). Overview of music therapy research. I B. L. Wheeler & K. M. Murphy (Red.), *Music therapy research* (3. utg., s. 1-9). Barcelona Publishers.
- Wisur, S. A. (2016). *Organisasjonskultur i sykehus: kommunikasjon og samhandling mellom helseprofesjoner* [Masteroppgave, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)]. NTNU Open. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2423081>.
- Wu, T.-J., Chen, K.-H., Chiu, W.-K., Lee, C.-L., Wang, H.-J., Kang, Y.-N., & Chen, C. (under utgivelse) Optimal timing and effect of music therapy in patients with burn injuries: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Burns*. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2021.07.016>.
- Wæraas, A. (2022). Thematic analysis: making values emerge from texts. I G. Espedal, B. J. Løvaas, S. Sirris, & A. Wæraas (Red.), *Researching Values: Methodological Approaches for Understanding Values Work in Organisations and Leadership* (s. 153-170). Palgrave Macmillian.
- Yakupov, E. Z., Nalbat, A. V., Semenova, M. V., & Tlegenova, K. A. (2018). Efficacy of Music Therapy in the Rehabilitation of Stroke Patients. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 49(1), 121-128. <http://dx.doi.org/10.1007/s11055-018-0704-3>.
- Yue, W., Han, X., Luo, J., Zeng, Z., & Yang, M. (2021). Effect of music therapy on preterm infants in neonatal intensive care unit: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 635-652. <https://doi.org/10.1111/jan.14630>.
- Zhou, K., Li, X., Yan H., Dang, S., & Wang, D. (2011). Effects of music therapy on depression and duration of hospital stay of breast cancer patients after radical mastectomy. *Chinese Medical Journal*, 124(15), 2321-2327. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0366-6999.2011.15.014.

Ærø, S. C. B., & Aasgaard, T. (2011). Musikkterapeut på en sykehusavdeling for barn: Helsefremmende arbeid for både pasient og miljø. I K. Stensæth & L. O. Bonde (Red.), *Musikk, helse, identitet* (s. 141-160). Norges musikkhøgskole (NMH-publikasjoner, 2011, 3). <http://hdl.handle.net/11250/172684>.

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Transkripsjonsnøkkel

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet ”Implementering av musikkterapi i somatikken: Opprettelse og opprettholdelse av musikkterapistillinger”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke opprettelsen av musikkterapistillinger i somatiske kontekster i Norge. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Denne studien skal ta for seg hva som skal til for å opprette og dermed øke antall musikkterapistillinger i somatikken i Norge. Formålet er å undersøke hvordan musikkterapistillinger i somatiske kontekster blir opprettet (samt utvidet og opprettholdt). Ønsket er å finne ut hva musikkterapeuter, ledelse og andre nøkkelpersoner gjør og tenker rundt denne prosessen, og dermed kartlegge hva som er viktig i en slik opprettelsesprosess, og hvilke utfordringer man kan stå overfor.

Studien er knyttet til masteroppgave i musikkterapi.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Fakultet for kunst, musikk og design, Universitetet i Bergen er ansvarlig for prosjektet.

Hovedansvarlig for prosjektet er masterstudent i musikkterapi, Karoline Widding.

Veileder er førsteamanuensis, Claire Ghetti.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å samle inn data skal musikkterapeuter, ledelse og andre nøkkelpersoner som har vært involvert i slike prosesser intervjues.

Inkluderingskriteriet er at du kan svare ”ja” på minst en av de følgende påstandene

- Har vært deltakende i å opprette musikkterapistilling(er) i somatisk kontekst *
- Har vært deltakende i å utvide musikkterapistilling(er) i somatisk kontekst *
- Har vært deltakende i å opprettholde** musikkterapistilling(er) i somatisk kontekst *
- Har vært deltakende i å gjøre musikkterapeutisk prosjektstilling om til fast ansettelse i somatisk kontekst *

* Somatisk kontekst inkluderer i denne studien både barn og voksne. Geriatri er ikke inkludert i denne studien. Palliativ behandling utenfor en somatisk kontekst inkluderes heller ikke.

** Opprettholde menes i denne studien som å redde en stilling som står i reell fare for å bli kuttet/fjernet.

Om nødvendig vil utvalget av informanter basere seg på maksimal variasjon basert på yrkesgruppe/stilling/posisjon og arbeidsplass.

Hva innebærer det for deg å delta?

Om du velger å delta vil datainnsamlingen skje igjennom intervju. Intervjuet vil ta omkring 60 minutter, og kommer til å bli tatt opp. Om du oppholder deg i Bergens-området kan du velge om du ønsker å gjennomføre intervjuet i person eller over videosamtale, alle andre intervjuer vil gjennomføres over videosamtale. Ved videosamtale vil det blir tatt opptak av samtalen, med både lyd og bilde. Videomaterialet vil bli slettet rett etter gjennomført intervju, slik at kun lydopptak vil tas vare på for transkribering og analyse. Spørsmålene i intervjuet vil omhandle prosessen rundt opprettelse/ utvidelse/oppretholdelse av musikkterapistillingen, din rolle i denne prosessen, og dine tanker om dette.

Ved intervjuer i person vil alle smittevernregler knyttet til Covid-19 overholdes.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Alt datamateriale vil oppbevares i Universitetet i Bergens system SAFE (sikker adgang til forskningsdata og e-infrastruktur), og det er kun masterstudent og veileder som vil ha tilgang til dataen.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg direkte i resultatene av studien. Du vil få muligheten til å lese igjennom resultatene før oppgaven leveres, slik at du kan godkjenne at dataene fra ditt intervju ikke er brukt feil og kontrollere at du ikke opplever at du kan identifiseres.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, som etter planen er juni 2022. Personopplysninger og lydopptak vil slettes når prosjektet er avsluttet.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Prosjektet er registrert i Universitetet i Bergens system for risiko og etterlevelse i forskning og utdanningsprosjekter (RETTE). Det er etter RETTE sin vurdering ikke nødvendig å registrere prosjektet i NSD.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Fakultet for kunst, musikk og design ved Universitetet i Bergen ved student Karoline Widding (karoline.widding@student.uib.no) eller veileder Claire Ghetti (claire.ghetti@uib.no).

Med vennlig hilsen

Karoline Widding

(Student)

Claire Ghetti

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet ”*Implementering av musikkterapi i somatikken: Opprettelse og opprettholdelse av musikkterapistillinger*” og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju med lydopptak

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide – Opprettelsen av musikkterapistillinger i somatikken

Følgende er en generell ramme for de semistrukturerte forskningsintervjuene av musikkterapeuter, sykehus-/avdelingsledelse og andre nøkkelpersoner. Spørsmålene listet opp under var utgangspunktet for intervjuene, men alle spørsmål ble ikke nødvendigvis brukt og andre spørsmål har forekommet der det opplevdes som nødvendig. Spørsmålene er listet opp i ulike kategorier/temaer, men de ble ikke nødvendigvis stilt i den rekkefølgen de er oppført.

Innledning

Tusen takk for at du har tatt deg tid til å stille til dette intervjuet. Her skal vi snakke om opprettelse av musikkterapistillinger i somatikken.

Eksempler på innledende spørsmål som gir bakgrunnsinformasjon om intervjuobjektet

Musikkterapeut

- Da denne opprettelsesprosessen startet
 - Hva gjorde du da? (studie-/jobbmessig)
 - Eventuell stilling og type arbeidsplass
 - Hadde du noe tidligere arbeidserfaring som musikkterapeut?
 - I så fall hvor fra?

Andre profesjoner

- Da denne opprettelsesprosessen startet
 - Jobbet du på det aktuelle stedet?
 - I hva slags stilling?
 - Hadde du noe kjennskap til musikkterapi i forkant?
 - I så fall hva? Og hvorfra?

Eksempler på spørsmål om opprettelsen av musikkterapistilling

Generelt om prosessen

- Kan du fortelle meg om prosessen rundt opprettelsen av musikkterapistillingen?
 - Når startet denne prosessen?
 - Hva slags sted/avdeling?
- Kan du beskrive tidslinjen for opprettelsesprosessen?
 - Fra første tanke/idé til faktisk opprettet stilling
- Var opprettelsen en konsekvens av en idé eller etterspørsel?
- Hvem startet prosessen? (hvem fikk hjulene til å begynne å rulle)
 - Ledelse, andre ansatte, musikkterapeut, andre utenfra?
- Hvordan gikk vedkommende (eventuelt du) frem?

Andre personer

- Hvilke (andre) personer var viktige i prosessen?

- Og hvorfor var de viktige? Hvordan bidro de?

Din rolle i prosessen

- Hva var din rolle i prosessen?
 - Hvem fikk deg inn? / Hvordan ble du en del?
 - På hvilket tidspunkt ble du dratt inn?
 - På hvilke måter opplevde du selv at du bidro i prosessen?
 - Hva var din jobb/ din rolle?

Andre faktorer

- Hvilke andre (ikke-menneskelige) elementer/faktorer bidro til prosessen?
 - (Politikk, retningslinjer, endringsprosesser internt, medieoppmerksomhet, trender, osv.)

Utfordringer og overraskelser

- Hvilke utfordringer støtte du/dere på?
 - (Mennesker, systemer, fordommer, politikk, økonomi, osv.)
- Hva opplevde du som den største utfordringen?
 - Hvorfor?
- Støtte du/dere på noe utforutsett eller overraskende i opprettelsesprosessen? (både positivt og negativt)
 - Forklar hva, og hvorfor det opplevdes som overraskende

Annet

- Var det noe som måtte kartlegges/undersøkes på forhånd?
 - (for å overbevise om nødvendighet for eksempel)
 - Generelt behov, brukergruppe, rammer, lokaler, osv.
- Finansiering
 - Hvor kom finansieringen av stillingen (og eventuelt utstyr) fra?
 - Ble det søkt midler? I så fall hvorfra og til hva? (Flere ulike steder, ulike behov)
 - Var det noen utfordringer med å finne finansiering?
- Hvorfor mener du at musikkterapi har en plass i somatikken (din/denne kontekst)?
- Ser eller så du for deg potensielle risikofaktorer for stillingens overlevelse?
 - (Hvilke potensielle risikofaktorer for overlevelsen av musikkterapistillingen ser eller så du for deg?)

Eksempler på oppfølgingsspørsmål/ fraser for å utdype svarene

- Kan du utdype det? / Kan du forklare det nærmere?
- På hvilken måte? / Hvordan da?
- Hva mener du med det?
- Kan du forklare det på en annen måte?

Avslutning

Da nærmer vi oss ferdige med intervjuet

- Er det noe du føler du ikke har fått sagt/ noe jeg ikke har spurt deg om?
- Er det noe du vil dra frem som spesielt viktig?
- Hvordan synes du intervjuet har vært?

Vedlegg 3: Transkripsjonsnøkkel

Transkripsjonsnøkkel

Utdrag av transkripsjonsnøkkel hentet fra Wikipedia (2022), som igjen har hentet det fra Svennevig (2001). Forkortet, skrevet om og tilpasset etter mine behov.

Tegn	Hva det står for
..	Kort pause (under 0,3 sekunder)
...	Mellomlang pause (0,3 - 0,6 sekund)
...(lang pause)	Lengre pause
=	Forlenging av lyd
'ord	Trykksterkt ord (eller stavelse)
!ord	Emfatisk trykk (når noe fremheves ekstra)
[ord], [ord] (vertikalt parallelle klammer)	Overlappende tale
-	Avbrutt ord
(host) (kremt) (latter)	Ikke-språklige lyder fra taleapparatet
X	Uhørbar stavelse
<X>	Et eller flere uhørbare ord
<X ord X>	Usikker transkripsjon

Svennevig, J (2001). Språklig samhandling. Innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse. Landslaget for Norskundervisning, Cappelen Akademisk Forlag. ISBN 82-02-19876-3.

Wikipedia (2022, 24. mars). Transkripsjon (språkvitenskap).

[https://no.wikipedia.org/wiki/Transkripsjon_\(spr%C3%A5kvitenskap\)](https://no.wikipedia.org/wiki/Transkripsjon_(spr%C3%A5kvitenskap)).