

Implementering av musikkterapeutisk praksis i psykisk helsefeltet

En kvalitativ studie av musikkterapeuters opplevelser
og erfaringer



Universitetet i Bergen
Fakultet for kunst,
musikk og design

Pablo Ariel Leiva Tellez

Masteroppgave i musikkterapi

Femårig integrert masterprogram i musikkterapi

Griegakademiet – Institutt for musikk

Vår 2020

Forord

Med denne masteroppgaven setter jeg et endelig punktum i min tid som musikkterapistudent ved Griegakademiet i Bergen. Det har vært en lang og lærerik prosess hvor jeg har blitt kjent med mange fine mennesker. At jeg nå er timer unna å levere en master kjennes helt uvirkelig. Jeg er ufattelig stolt av meg selv og innsatsen jeg har lagt gjennom studieløpet. Men, uten støtte og kjærlighet, duger helten ikke, og i den forbindelse er det flere jeg ønsker å takke:

Jeg vil takke min kjære, Birgitta, for enorm støtte, motivasjon og kjærlighet gjennom hele prosessen. Du er best. Jeg vil også takke vår søte lille hund, Lila, for sin følelsesregulerende tilstedeværelse.

Takk til Mamita og Papito for all støtte. Besitos!

Jeg vil også rette en stor takk til informantene som har deltatt i denne studien, og til min veileder, Lasse Tuastad, for gode og inspirerende råd.

Til slutt vil jeg takke min kloke og flinke kamerat og medstudent, Ole Kristian. Vi har klart oss gjennom studieløpet, til tross for noen fartsdumper her og der.

Bergen, 12. juni 2020

Pablo Ariel Leiva Tellez

Abstract

Starting a career as a music therapist can often mean being the first music therapist in an organization. Colleagues and clients may not have much knowledge about what music therapy is all about. Currently there is not much research that illustrates how implementation processes of music therapy takes place in the field of mental health. This qualitative study explores three music therapists' experiences of music therapy implementation in mental health care and mental health services in Norway. Three music therapists were interviewed through three separate semi-structured interviews. The data was analyzed using thematic analysis. Three main themes were identified through the analysis: *the workplaces' influencing factors*, *the role of the music therapist* and *music therapy*. These themes consists of several sub-themes that illuminate the music therapists' experiences. Perspectives from organizational and implementation theories were found to be useful in reflecting these experiences. Literature from recovery-oriented music therapy and community music therapy was used to discuss the objective of music therapy practice. The outcomes are useful for further research in the field and can be highly relevant for music therapists implementing practices in new contexts.

Sammendrag

Å gå inn i arbeidslivet som musikkterapeut kan ofte innebære å være den første musikkterapeuten ved organisasjonen. Mange kollegaer og klienter kan derfor ha lite kjennskap til hva musikkterapi handler om. Det er foreløpig lite forskning som illustrerer hvordan implementering av musikkterapeutisk praksis utarter seg innen psykisk helsefeltet. Formålet med denne kvalitative studien er å undersøke musikkterapeuters opplevelser av implementeringsprosessen av musikkterapi innen psykisk helsefeltet i Norge. Institusjonene som inngår i studien er psykisk helsetjeneste i kommunen, distriktpsykiatrisk senter og psykiatrisk klinikk. Tre musikkterapeuter fra tre ulike institusjoner i psykisk helsefeltet intervjues gjennom separate semi-strukturerte intervjuer. Datamaterialet analyseres ved hjelp av tematisk analyse. Som resultat av analysen kom det frem tre hovedtemaer: *arbeidsplassens påvirkende faktorer, musikkterapeutens rolle og musikkterapi*. Hovedtemaene er bygget opp av flere undertemaer som belyser musikkterapeutenes opplevelser. Organisasjonsteori og implementeringsteori, samt litteratur fra recovery-perspektivet og samfunnsmusikkterapi ble benyttet for å drøfte disse opplevelsene. Funnene kan være nyttig for videre forskning innen feltet og kan være høyst relevant for musikkterapeuters implementeringsarbeid i nye kontekster.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INTRODUKSJON	7
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	7
1.2 PROBLEMSTILLING	8
1.3 PSYKISK HELSEFELTET I NORGE	8
1.4 MUSIKKTERAPI I PSYKISK HELSEFELTET I NORGE	9
1.5 LITTERATURGJENNOMGANG	10
2.0 METODE	13
2.1 VITENSKAPSTEORETISK TILNÆRMING	13
EPITEMOLOGI 2.1.1	13
2.1.2 FENOMENOLOGI	13
2.1.3 FENOMENOLOGISK HERMENEUTIKK	14
2.2 KVALITATIV METODE	15
2.2.1 SEMI-STRUKTURERT INTERVJU	15
2.2.2 INFORMANTER	16
2.2.3 INTERVJUGUIDE	17
2.2.4 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE	17
2.3 TEMATISK ANALYSE	17
2.3.1 ANALYSEPROSESSEN	18
2.4 ETISKE REFLEKSJONER	22
2.5 VALIDITET, RELIABILITET OG GENERALISERBARHET	23
3.0 TEORETISK RAMMEVERK	25
3.1 ORGANISASJONSTEORI OG ORGANISASJON	25
3.1.1 ORGANISASJON-MENNESKE	26
3.1.2 STABILITET-ENDRING	27
3.1.3 RASJONALITET-IKKE-RASJONALITET	27
3.1.4 MANN-KVINNE	27
3.1.5 FORMELL-UFORMELL STRUKTUR	28
3.2 IMPLEMENTERING	28
3.2.1 IMPLEMENTERINGSMODELL	29
3.2.2 IMPLEMENTERINGSSTEG	31
3.3 RECOVERY	33
3.4 SAMFUNNSMUSIKKTERAPI	35
4.0 PRESENTASJON AV FUNN	38
4.1 ARBEIDSPLASSENS PÅVIRKENDE FAKTORER	39
4.1.1 ØKONOMISKE FAKTORER	39
4.1.2 STØTTE FRA KOLLEGAER OG LEDELSE	42
4.1.3 TVERRFAGLIG SAMARBEID	46
4.2 MUSIKKTERAPEUTENS ROLLE	50
4.2.1 SYNLIGHET	50
4.2.2 INFORMERING OM MUSIKKTERAPI	52
4.2.3 BEHOV FOR FLERE MUSIKKTERAPISTILLINGER	54
4.2.4 KOMPETANSE OG SELVSIKKERHET	55
4.3 MUSIKKTERAPI	56

4.3.1 FELLESSKAP	56
4.3.2 MUSIKK SOM HELSERESSURS	58
5.0 DRØFTING	60
5.1 ARBEIDSPLASSENS PÅVIRKENDE FAKTORER	60
5.1.1 ØKONOMISKE FAKTORER	60
5.1.2 STØTTE FRA LEDELSE OG KOLLEGAER	61
5.1.3 TVERRFAGLIG SAMARBEID	63
5.2 MUSIKKTERAPEUTENS ROLLE	65
5.2.1 SYNLIGHET	65
5.2.2 INFORMERING OM MUSIKKTERAPI	66
5.2.3 BEHOV FOR FLERE MUSIKKTERAPISTILLINGER	67
5.2.4 KOMPETANSE OG SELVSIKKERHET	68
5.3 MUSIKKTERAPI	69
5.3.1 FELLESSKAP	69
5.3.2 MUSIKK SOM HELSERESSURS	69
6.0 KONKLUSJON	71
7.0 KRITIKK AV EGEN STUDIE OG VEIEN VIDERE	73
REFERANSELISTE	74
VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE	83
VEDLEGG 2: INFORMASJONSSKRIV	85
VEDLEGG 3: SAMTYKKEERKLÆRING	87
VEDLEGG 4: NSD GODKJENNING	88

1.0 Introduksjon

Denne studien tar for seg hvordan musikkterapeuter opplever implementeringsprosessen av musikkterapi innen psykisk helsefeltet. For å gjennomføre dette har jeg intervjuet tre ulike musikkterapeuter fra tre forskjellige institusjoner innen psykisk helsefeltet og knyttet funnene til relevante teorier innen organisasjonsteori, implementeringsteori, samt musikkterapeutiske perspektiver.

I dette kapitlet vil jeg presentere problemstilling, gjøre rede for psykisk helsefeltet, samt musikkterapi i psykisk helsefeltet i Norge. Til slutt vil jeg foreta en gjennomgang av relevant litteratur tilknyttet studiens tema. Først skal jeg fortelle om min motivasjon og bakgrunn for valg av tema.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Min interesse for musikkterapi innen psykisk helsefeltet har bakgrunn i de ulike praksisperiodene jeg har hatt i løpet av musikkterapiutdanningen ved Griegakademiet. Jeg har hatt fire praksisperioder innen psykisk helsefeltet. To av de var ved et musikkoppfølgingstilbud for voksne mennesker med psykiske lidelser tilknyttet spesialisthelsetjenesten. Den tredje var ved et distriktpsykiatrisk senter (DPS) for mennesker med psyko-seproblematikk, mens den fjerde var egenpraksis ved et bofelleskap for mennesker med psykiske lidelser. Ved sistnevnte praksisplass tok jeg ansvar for organiseringen og utføringen av praksisen. Der hadde det ikke vært ansatt musikkterapeut ved tidligere. Rammene for praksis var derfor ikke satt, og var et tilbud som skulle formes fra grunnen av sammen med de ansatte.

Ved samtlige praksisplasser har jeg hatt mange interessante samtaler og refleksjoner med både praksislærere, medstudenter og ansatte, om ulike problemstillinger og utfordringer vedrørende etablering og utføring av musikkterapi. Dette har ført til at jeg har blitt stadig mer nysgjerrig på hvordan en slik prosess utarter seg og hvilke utfordringer musikkterapeuten kan forvente å møte i implementering av ny praksis. Dette motiverte meg til å foreta en studie om musikkterapeuters opplevelser og erfaringer av implementering av musikkterapi i psykisk helsefeltet.

1.2 Problemstilling

Formålet med denne studien er å undersøke musikkterapeuters opplevelser og erfaringer av å implementere musikkterapi innen psykisk helsefeltet. Intensjonen er å forstå de ulike påvirkende faktorene som kan føre til en vellykket eller mislykket implementering, samt hvordan musikkterapeuter må tilpasse seg nye arbeidskontekster.

Problemstillingen min er som følger:

Hvordan opplever musikkterapeuter implementering av musikkterapi i psykisk helsefeltet?

1.3 Psykisk helsefeltet i Norge

Denne studien har fokus på musikkterapeuter som arbeider i kommunale helsetjenester for psykisk helsearbeid og rus, og i spesialisthelsetjenesten. Tjenestetilbudene i psykisk helsefeltet er helsetilbud som er rettet mot personer i alle aldersgrupper som har psykiske lidelser og plager, vansker med rusmidler som alkohol, narkotika og doping (Karlsson & Borg, 2013). Dette betyr at når jeg snakker om psykisk helse vil mennesker med rusproblematikk også inkluderes i den forståelsen. Karlsson & Borg (2013) deler helsetilbudene for psykisk helse i tre: helse- og velferdstjenester, helse- og omsorgstjenester i spesialisthelsetjenesten, og helse- og omsorgstjenester i kommunehelsetjenesten (s. 121). Av hensyn til studiens relevans har jeg lagt mest fokus til på de to sistnevnte kontekstene da musikkterapeutene jeg har intervjuet jobber i psykiatrisk sykehus, distriktpsykiatrisk senter og kommunale psykisk helse- og rustjenester.

I løpet av Opptrappingsplanen 1998 til 2008 ble det gjennomført en helomvending i helsetilbudene for psykisk helse med en storsatsning i kommunene med etablering av distriktpsykiatriske sentre over hele landet (Finansdepartementet, 2010) hvor det per i dag finnes over sytti sentre (Malt, 2019). Denne satsningen omfattet, i tillegg til nevnte områder, også bo- og tjenestetilbud, kompetansebygging og informasjons- og holdningsarbeid (Karlsson & Borg, 2013).

Et viktig punkt i Helsedirektoratets (2018) *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020* har vært å sikre et tettere samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dette har vært gjort gjennom å opprette samarbeidsavtaler, felles prosjekter og møtearenaer. I følge Helsedirektoratets (2014) nasjonale veileder *Sammen om mestring - lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* skal kommunen sørge for at alle med psykiske helseproblemer og/eller rusproblematikk som

bor eller oppholder seg i kommunen får tilbudt nødvendige helse- og omsorgstjenester (s. 76). Som et ledd i helse- og omsorgstjenesten i kommunen, tilbyr kommunene organisert psykisk helsearbeid både som egen enhet og/eller sammenslått med organisert kommunalt rusarbeid (Helsedirektoratet, 2014).

1.4 Musikkterapi i psykisk helsefeltet i Norge

I en artikkel utgitt for rundt ti år siden argumenterte Solli (2009) for at musikkterapi burde tas inn som integrert behandling i psykisk helsevern, da musikkterapiens teoretiske basis og metodiske tilnærming passet godt til datidens faglige og politiske føringer for psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Siden den gang kan det sies at musikkterapi innen psykisk helsefeltet har utviklet seg betraktelig. I dag arbeider musikkterapeuter både spesialisthelsetjenesten og i kommunale helsetjenester, og de er organisert som en integrert del av det tverrfaglige tilbudet i psykisk helsevern (Fuhr, 2019).

I dag finnes det rundt femti musikkterapistillinger innen psykisk helse- og rusfeltet (Evensen & Fleiner, 2019), og antallet ser ut til å stige med årene. I januar 2017 besluttet Helse Bergen at alle klinikker skal tilby musikkterapi og har utarbeidet en strategi for systematisk implementering ved alle klinikker (Stige, 2017), noe som satte fart på implementeringsarbeidet ved mange institusjoner. Samtlige distriktpsykiatriske sentre i bergensområdet, avdeling for rusmedisin og psykisk helsevern for barn og unge ved Haukeland universitetssykehus tilbyr i dag musikkterapi. I starten av 2020 ble det også opprettet en stilling på 100 prosent ved Sandviken sykehus, og dette er den andre psykiatriske klinikken for voksne i Norge med fast ansatt musikkterapeut. Til sammenligning var det frem til 2014 bare to musikkterapistillinger i psykisk helsevern i Bergen (Stige, 2017).

Forskning viser at musikkterapi i psykisk helsefeltet kan gi positive effekter hos mennesker med psykiske lidelser (Geretsegger, et al., 2017; Grocke, et al., 2014; Gold, Solli, Krüger & Lie, 2009; Gold, 2007). Evidensbasert forskning har bidratt til at musikkterapi har fått større fotfeste i behandling innen psykisk helsevern. Dette ser vi i *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*, hvor musikkterapi får gradering A med høyeste evidensnivå (Helsedirektoratet, 2013).

At musikkterapi ble inkludert i retningslinjene kan tenkes å ha bidratt positivt til videre implementering av musikkterapi i psykisk helsefeltet. Med utviklingen som har skjedd de siste seks årene kan det være rimelig å anta at antall musikkterapeuter både i Bergen og i

resten av Norge vil øke i fremtiden, noe som kan bety at det vil implementeres ytterligere musikkterapipraksiser.

1.5 Litteraturgjennomgang

Ettersom denne studien benytter en induktiv tilnærming til empirien, har søkelyset vært å finne relevant litteratur som kan beskrive fenomenene fra den innsamlede dataen. For å bevare et mest mulig åpent sinn til empirien, har jeg derfor gjennomført litteratursøket etter gjennomført datainnsamling. Hensikten med litteraturgjennomgangen er å undersøke hva som finnes av relevant litteratur som kan benyttes som teorigrunnlag for studien. Det kan også være hensiktsmessig å få oversikt over litteratur utover dette, til tross for at det ikke benyttes som teorigrunnlag. Dette er for å få en generell oversikt over forskning som omhandler det aktuelle temaet.

I litteratursøket har jeg hovedsakelig søkt etter litteratur som belyser implementering av musikkterapi generelt, samt implementering av musikkterapi innen psykisk helsefeltet. Jeg har også søkt etter litteratur som omhandler implementering- og organisasjonsteori, og musikkterapeutiske tilnærminger og perspektiver. Mesteparten av litteratursøkene er gjort gjennom søkemotorene Oria og Google Scholar. Søkeordene som ble brukt var ulike kombinasjoner mellom "music therapy", "implementation", "developing", "services", "healthcare", "mental healthcare", "organization", "recovery", "salutogenese", "community music therapy" og "resource oriented", både på norsk og engelsk. Videre kombinerte jeg flere søkeord med forfattere og fagfolk i de aktuelle feltene. Det ble også gjort fysiske litteratursøk i universitetsbibliotekene, hovedsakelig bibliotek for samfunnsvitenskap og musikk.

Av forskning på implementering av musikkterapi i psykisk helsefeltet i Norge finner jeg lite. Jeg finner forøvrig et pågående kvalitativt aksjonsforskningsprosjekt som utføres av musikkterapeut og prosjektleder Hans Petter Solli (2018). Gjennom prosjektet *MusTCare: Implementering av musikkterapi i oppsøkende psykisk helse-team*, vil Solli (2018) undersøke hvordan musikkterapi bør organiseres og tilrettelegges for å fremme bedring hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet tilknyttet fleksibel aktiv oppsøkende behandling (FACT). Med dette ønsker Solli (2018) å bidra med ny kunnskap om brukernes ønsker og behov, samt hvordan musikkterapi bør implementeres for å støtte dette. I tillegg til dette har FACT-team mye fokus på recovery-orienterte tilnærminger (Veldhuizen, 2013).

I Alison Jane Ledgers (2010) doktoravhandling skriver hun om musikkterapeuters opplevelser av å etablere og utvikle musikkterapi helseorganisasjoner. Ledger (2010) hadde som mål å undersøke musikkterapeuters opplevelser og erfaringer av å utvikle ny praksis i helseorganisasjoner, avdekke effektive strategier for å introdusere og etablere musikkterapi, og undersøke hvorvidt kvalitativ forskning kunne bidra til ytterligere forståelse musikkterapiprofesjonens utvikling til nye felt. Det ble gjennomført en etnografisk feltstudie som omfattet skildringer fra tolv musikkterapeuter fra Australia, Canada, Irland, Storbritannia og USA. Funnene tilsier at etableringsprosessen er meget kompleks, hvor det er flere kontekstuelle faktorer som spiller inn. Det kommer frem at musikkterapiutvikling tar tid og at musikkterapeuter må ta stilling til en rekke tverrfaglige interaksjoner og forhandlinger når de introduserer musikkterapi til en helseorganisasjon med veletablerte profesjoner. Enkelte nøkkelpersoner blir identifisert som *gatekeepers*, som representerer viktige personer med stor beslutningsmakt som aktivt støtter musikkterapi under etableringsprosessen (Ledger, 2010).

I forbindelse Fredrik Berntsen Dues fra 2017 masteroppgave ble det gjennomført en fokusert etnografisk studie om implementering av musikkterapi på et barnesykehus i Norge, som senere ble publisert som en artikkel i tidsskriftet *Voices – A world forum for music therapy* (Due & Ghetti, 2018). Studien undersøker ansatte i tverrfaglige, samt daværende og tidligere musikkterapeut, sine opplevelser av implementeringsprosessen. Funnene er basert på musikkterapistudentens feltnotater og feltobservasjoner fra praksis ved sykehuset, og på semi-strukturerte intervjuer fra ansatte i det tverrfaglige teamet. Funnene tilsier at støtte fra det tverrfaglige teamet og ledelse har positiv innvirkning på implementeringen (Due & Ghetti, 2018).

Oppfølgingsprosjektet MOT82 er et kroneksempel på en vellykket implementering av musikkterapeutiske oppfølgingstjenester innen psykisk helsefeltet. Oppfølgingstjenesten er bygget på tretrinnsmodellen adaptert fra et annet vellykket implementeringsprosjekt, Musikk i fengsel og frihet (Bjotveit, Wormdahl & Tuastad, 2016; Tuastad, 2014). Trinn én refererer til musikkterapi på institusjon, trinn to foregår musikkterapi på kulturverkstedet U82 og trinn tre er musikk som egendrevet aktivitet i lokalsamfunnet (Bjotveit, Wormdahl & Tuastad, 2016). Blant de involverte finner vi aktører som spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, Extrastiftelsen, Bergen kommune og Universitetet i Bergen, hvor flere av dem blant annet bidratt med finansiell støtte for å opprettholde og videreutvikle tilbudet (Tuastad, Johansen & Østerholt, 2018). Evalueringsrapportene fra 2016 og 2017 gir i tillegg et inntrykk av de musikkterapeutiske perspektivene som står sterkt i arbeidet med prosjektet (Tuastad, Johansen

& Østerholt, 2018). Blant dem finner vi ressurs-, recovery- og samfunnsmusikkterapeutiske tilnærminger (Rolvsjord, 2010; Solli, 2014; Stige & Aarø, 2012).

2.0 Metode

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å foreta tre semi-strukturerte intervjuer med tre ulike musikkterapeuter innen psykisk helsefeltet. I dette kapitlet skal jeg presentere vitenskapsteoretisk perspektiv, kvalitativ fremgangsmåte, valg av semi-strukturert intervju og til slutt presentere metodevalg for analyseprosessen, samt en gjennomgang av studiens validitet, reliabilitet, generaliserbarhet og etiske refleksjoner rundt studien.

2.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming

I denne studien skal jeg undersøke hvordan musikkterapeuter opplever å implementere en ny praksis innen psykisk helsefeltet. Jeg skal se nærmere på musikkterapeutenes erfaringer og opplevelser i implementeringsprosessen. Jeg har valgt å plassere studien innenfor et epistemologisk kunnskapssyn med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming.

Epistemologi 2.1.1

Epistemologi er et kunnskapsteoretisk begrep som forteller oss om hvordan vi oppnår kunnskap og hvordan vi utvikler kunnskap (Matney, 2018). Man ønsker her å utforske nærmere kunnskap om kunnskapen og forebygge forestillingen om at vitenskapelig kunnskap blir ansett som evige sannheter (Malterud, 2011). Denne studien anvender fenomenologisk hermeneutikk som vitenskapsteoretisk tilnærming. Dette gjør at den plasseres i en kunnskapsteoretisk posisjon innen epistemologisk konstruktivisme (Matney, 2018). Gjennom et konstruktivistisk perspektiv er kunnskap konstruert mellom individets egne erfaringer og interaksjoner med omgivelsene (Murphy, 1997). Spørsmålet handler derfor ikke om hvorvidt kunnskap korrelerer med den generelle virkeligheten, men heller om virkeligheten samsvarer med individets konstruksjon av virkeligheten (Matney, 2018). En slik virkelighet konstrueres som nevnt mellom objektet og subjektet, og står i kontrast til subjektivisme, hvor man tenker at kunnskap er noe som objektet tillegger subjektet (Crotty, 1998; Matney, 2018). En kan med andre ord si at intervjueren (jeg) og informantene kommer frem til dataen sammen gjennom den konstruerte virkelighet oss imellom.

2.1.2 Fenomenologi

Fenomenologien innen filosofi ble grunnlagt av den tyske filosofen Edmund Husserl i rundt år 1900 og handler om forståelsen av sosiale fenomener, og hvordan verden beskrives og

oppleves ut fra et førsteperspektiv (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 44-45). I fenomenologi rettes oppmerksomheten mot verden slik som den erfares for subjektet (Thornquist, 2018). Forståelsen og opplevelsen av verden er derfor betinget av kontekst og den subjektive opplevelse av den (Crotty, 1998). Selv om intervjueren gjerne ønsker mest mulig nyanserte beskrivelser av subjektive erfaringer og opplevelser, må man likevel være åpen for alle nye og uventede fenomener, som for eksempel ”generelle meninger” om noe, så vel som rike beskrivelser (Kvale, 2007). Dette er noe Kvale (2007) kaller *bevisst naivitet*. Han hevder at dersom intervjueren ikke hadde vært åpen for digresjoner og uventede fenomener som ikke fulgte den utarbeidede intervjuguiden, risikerer man å utelukke forutsetningsløse beskrivelser som kan være viktige temaer i den intervjuedes livsverden.

2.1.3 Fenomenologisk hermeneutikk

Generelt innen musikkterapifaget er både fenomenologi og hermeneutikk sentrale vitenskapsteoretiske perspektiver (Johansson, 2016). I følge Malterud (2011) bygger all forskning på fortolkning av virkeligheter av de vi ønsker å studere. Hun mener at virkeligheten er partenes opplevelse av den slik den fant sted i tid og rom. Det vil derfor være relevant å også trekke inn hermeneutikk i denne studien.

Hermeneutikk er måten vi fortolker tekst fra samtaler, observasjon eller annet kildemateriale (Malterud, 2011). Begrepet har vært gjennom en lang utvikling gjennom kunnskapshistorien med røtter i gresk og hellenistisk filosofi, og representerer læren om hvordan vi oppfatter fenomener som språk og handling i form av noe vi forstår og gir mening til (Krogh, 2014; Malterud, 2011; Dostal, 2002). En hermeneutisk tilnærming er i stor grad preget av en kontinuerlig prosess som går frem og tilbake mellom deler og helhet. Dette er i følge Kvale & Brinkmann (2018) en prosess som i starten har en ofte noe uklar helhetsforståelse av teksten. Man forsøker derfor å fortolke teksten del for del og kontinuerlig sette disse fortolkningene i relasjon til helheten, og helheten i relasjon til delene (Thornquist, 2018). Denne prosessen kalles den *hermeneutiske sirkel* - et prinsipp som åpner opp for en prosess som etterhvert skal gi en stadig dypere forståelse av helheten (Dostal, 2002). Siden min studie tar utgangspunkt i de intervjuedes utsagn og min tolkning av de, så vil en kombinasjon mellom hermeneutikk og fenomenologi være relevant. Forholdet mellom tilnærmingene kan betraktes som et gjensidighetsforhold. Når man skal tolke en subjektiv livsverden slik den blir beskrevet innen fenomenologi, så må den først skrives ned og deretter gjøres om til en tekst som tolkes hermeneutisk (Thornquist, 2018; Lindseth & Norberg, 2004)

2.2 Kvalitativ metode

Valg av metode er gjort med bakgrunn av studiens problemstilling: *Hvordan opplever musikkterapeuter implementering av musikkterapi i psykisk helsefeltet?* Problemstillingen har som mål å undersøke musikkterapeuters subjektive opplevelser og erfaringer av en implementeringsprosess av en ny praksis ved en arbeidsplass. I følge Kvale & Brinkmann (2018, s. 140) danner ofte studiens formål grunnlaget for de ulike metodiske valgene man foretar seg. Kvalitative metoder egner seg godt for undersøkelse av menneskers subjektive erfaringer og opplevelser og blir derfor hensiktsmessig å gjennomføre en *kvalitativ studie* for dette prosjektet (Malterud, 2011). I motsetning til kvantitative metoder hvor målene blant annet er å finne kausale slutninger og forklare hvordan noe skjer, tar kvalitative metoder sikte på å forstå og beskrive hva som skjer, i autentiske kontekster basert på informanters perspektiv, for eksempel i praksiskontekster (Krumsvik, 2014; Malterud, 2011). Spørsmål som ”hvordan er...?” og ”hva betyr...?” er typisk for hvordan man i denne forskningstradisjonen ønsker å belyse ulike problemstillinger (Materud, 2011, s. 28). Dataen som samles inn består som regel av tekst som representerer samtaler, for eksempel fra intervju, mens i kvalitativ metode bygger en på talldata. Begge metodene har sine styrker, og valg av metode har stor betydning for hva slags kunnskap som kommer frem (Matlerud, 2011, s. 26).

2.2.1 Semi-strukturert intervju

Det finnes en rekke måter å samle inn data på, og om velger man feil metode kan det skape negative konsekvenser for studien, spesielt når det gjelder analysedelen (Krumsvik, 2014, s. 122). Med bakgrunn av denne studiens formål har jeg valgt å gjennomføre kvalitative intervju med de aktuelle deltakerne i studien. Intervjumetoden som skal anvendes er av typen semi-strukturert intervju, noe som passer godt når man søker etter data basert på informantenes egne perspektiver og meninger om et tema (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 46). Denne typen intervju skal være tilnærmet den normale samtale i dagliglivet og skal, selv om en har et konkret formål, ikke styres mot det man ønsker å finne ut, men heller å invitere til fri diskusjon rundt temaet forskeren ønsker å ta opp (Malterud, 2011, s. 129-130). Meningen med denne intervjuformen er å la informanten reflektere over egne erfaringer og meninger knyttet til studiens problemstilling (Tjora, 2017, s. 113). Jeg har valgt å intervju de aktuelle informantene med bakgrunn av at emnet som tas opp er nærliggende deres livsverden, noe som i følge Kvale & Brinkmann (2018, s. 46) kan bidra til bedre resultater.

2.2.2 Informanter

Formålet med studien har ikke vært å undersøke hvorvidt funnene kan generaliseres, men å undersøke nærmere hvordan en implementeringsprosess av ny praksis kan oppleves for hvert enkeltindivid i sin kontekst. Med hensikt om å finne adekvate data som kan gi relevante svar på problemstillingen, så har informantene inkludert i studien blitt strategisk utvalgt. Søkelyset har vært mot kvalifiserte musikkterapeuter som jobber innenfor de feltene som belyses i studien og som har vært med i en implementeringsprosess av ny praksis ved det aktuelle feltet. Slik vil det sikres adekvate kunnskapskilder som kan forebygge systematiske feil som kan oppstå dersom utsagnsgrunnlaget har feil fokus (Malterud, 2011, s. 55-56). Av praktiske grunner har jeg valgt å forholde meg til informanter jobber og bor i Norge. Feltene som inkluderes i studien er psykisk helsevern og psykisk helsetjeneste i kommunen. Noen av informantene har flere års fartstid som musikkterapeut, mens andre er relativt ”ferske” i feltet. Utvalget begrenses til 1 informant per profesjon ved hver arbeidskontekst. For mange informanter kan føre til uoversiktlig materiale og at analysen blir overfladisk (Malterud, 2011, s. 58). Basert på studiens formål ble følgende kriterier tatt til betraktning i valg av informanter:

Musikkterapeut:

- 1) Musikkterapeut med mastergrad.
- 2) Har vært med å implementere musikkterapi i psykisk helsefeltet.
- 3) Psykisk helsefeltet skal innebære praksisfeltene psykiatrisk klinikk, distriktpsykiatrisk senter og/eller kommunale helsetjenester.

Informant 1 (I1): Musikkterapeut som har vært med å implementere musikkterapi i psykisk helsetjeneste i kommunen.

Informant 2 (I2): Musikkterapeut som har vært med å implementere musikkterapi ved et distriktpsykiatrisk senter.

Informant 3 (I3): Musikkterapeut som har vært med å implementere musikkterapi ved psykiatrisk klinikk.

2.2.3 Intervjuguide

I forbindelse med intervjuene har jeg utformet en intervjuguide (se vedlegg 1) med en rekke åpne spørsmål basert ut ifra studiens forskningsspørsmål. Guiden er ment å fungere som en slags mal for intervjuforløpet og vil inneholde åpne overordnede spørsmål med eventuelle oppfølgingsspørsmål i form av stikkord, og er ikke ment å følges slavisk. Dersom formålet med intervjuet er å utforske noe som man ikke visste fra før av eller åpne opp for spørsmål rundt tema, er det viktig at man ikke følger intervjuguiden til punkt og prikke (Malterud, 2011, s. 129). I følge Malterud (2011, s. 119) kan den rikeste kunnskapen fås tak i dersom informantene får dele sine erfaringer, særlig i form av konkrete hendelser eller historier, gjerne av spesiell betydning. Eventuelle digresjoner er derfor ønskelig ettersom det kan føre til andre viktige momenter og temaer som ikke var tenkt ut på forhånd som kan vise seg å være relevant for studien (Troja, 2017, s. 114). Dessuten stiller jeg meg som nevnt i en epistemologisk posisjon der jeg i mest mulig grad ønsker at intervjuet blir styrt av både intervjuer og informant slik at begge vil ha gjensidig innflytelse på prosessen.

2.2.4 Gjennomføring av intervjuene

Det ble gjennomført totalt tre intervjuer med tre forskjellige musikkterapeuter. Intervjuene ble spilt inn i to separate lydopptakere. Det gjorde jeg for å ha en back-up i tilfelle en av opptakerne skulle streike under intervjuet. Alle intervjuene ble transkribert av meg. Det er flere grunner til at jeg valgte å transkribere råmaterialet selv. Ved å fungere som mellomledd mellom tale og tekst, i tillegg til å være deltaker, får jeg gjenoppleve intervjuet og gjøre meg kjent med materialet fra en ny dimensjon. Dette vil i følge Malterud (2011) styrke validiteten av analysematerialet. Det er likevel viktig å ha i mente at et lydopptak kun er en indirekte representasjon av hva som virkelig foregikk, og videre vil transkripsjonen være en indrekte representasjon av en indirekte gjengivelse (Malterud, 2011). Intervjuene tok plass på informantenes arbeidsplass og på Griegakademiets lokaler, og ble gjennomført av undertegnede.

2.3 Tematisk analyse

Tematisk analyse er en mye brukt analysemetode som brukes for å identifisere, analyse og avdekke gjentakende meningsfulle temaer eller mønstre på tvers av datamateriell (Braun & Clarke, 2006). Jeg har tatt utgangspunkt i Braun og Clarkes (2006) beskrivelse av tematisk analyse som metode for dataanalyse i min studie. Analyseprosessen innebærer en konstant

frem- og tilbake arbeidsmåte gjennom all dataen, kodene og analysen av kodene (Braun & Clarke, 2006), noe som er forenelig med den hermeneutiske tilnærmingen i studien. Gjennom hele prosessen er det viktig å opprettholde et åpent sinn og akseptere alternative synspunkter (Bree & Gallagher, 2016). En induktiv tilnærming, noe jeg hovedsakelig benytter meg av, blir her implementert ved at dataen blir kodet og kategorisert for hvert tema uten å ha en utarbeidet koderamme på forhånd (Bree & Gallagher, 2016). Det kan diskuteres hvorvidt jeg ubevisst har en deduktiv tilnærming til datamaterialet dersom jeg som forsker og musikkterapistudent er den som gjennomfører intervjuet, koder og analyserer. Gjennom en deduktiv tilnærming vil forskeren ha en forutinntatt holdning til dataen ved å på forhånd forske utfra bestemt teori (Troja, 2017). Som snart ferdigutdannet musikkterapeut vil jeg til en viss grad være farget av min teoretiske forståelse, noe som igjen ubevisst kan prege datatilnærmingen på et vis. Dette er noe jeg er klar over og forsøker bevisst å unngå at det har innvirkning i analyseprosessen.

2.3.1 Analyseprosessen

Braun og Clarkes (2006) tematisk analyse inneholder seks faser:

Fase 1: Bli kjent med dataen

Første fase er å bli kjent med dataen. For å kunne gjennomføre en tematisk analyse måtte jeg transkribere hvert intervjuopptak til tekst. Som intervjuer ble jeg kjent med dataen allerede før transkriberingen. Både under og etter intervjuene noterte jeg ned tanker og ideer over potensielle temaer for analyse. For en inngående dybdeforståelse av materialet, så leste jeg gjennom dataene gjentatte ganger og søkte aktivt etter betydninger og mønstre.

Transkriberingsprosessen kan være tidkrevende og til tider virke lite hensiktsfullt. Likevel er dette en unik måte for å bli bedre kjent med dataen (Riessman, 1993). Samtlige intervju ble transkribert kort tid etter endt intervju. Dette gjorde jeg med hensikt om å ha intervjuet friskt i minnet slik at jeg kunne supplere med egne tanker og ideer. For å tydeliggjøre informantens stemme, spilte jeg av opptakene i femti prosent redusert hastighet mens jeg noterte ned alt som ble sagt og alle pauser, samt ytterlige tanker og ideer. Deretter hørte jeg gjennom opptaket på ny i normal hastighet mens jeg leste transkripsjonen og gjorde eventuelle justeringer som ikke ble gjort første gjennomlytt. Ordlyder som for eksempel ”eh”, ”hm”, ”mhm” og ”mmm” er tatt med kun når jeg har ansett det som særlig meningsbærende for innholdet samtidig som at det er tro til sin originale natur. Dersom informanten

eksempelvis tenker lenge eller uttrykker tvil i et utsagn ved å bruke lange pauser og si ”Hmm (...), jeg er glad”, vil det spille en stor rolle å ha med ordlydene og pausen for å få frem helheten i utsagnet (Braun & Clarke, 2006). I tråd med Braun & Clarkes (2006) beskrivelse av tematisk analyse, så har jeg gjentatte ganger sammenlignet transkripsjonen med lydopptakene for å kvalitetssikre transkripsjonen.

Fase 2: Koding av dataen

Denne fasen innebærer å tildele koder til dataen. Hver gang jeg la merke til noe interessant ved dataen, så noterte jeg ned en kode sammen med et utdrag fra intervjuet koden er basert på. I følge Braun & Clarke (2006) er referer disse kodene til det mest grunnleggende segmentet av rådataen. Det er viktig å huske på at en kode ikke er en endelig fortolkning, men heller en beskrivelse av utsagnet. Fortolkningen begynner når temaene skal utvikles i fase 3. Kodingen gjorde jeg digitalt på datamaskin. Eksempel på koding:

Datautdrag:	Kode:
<p>I1: ... den største fienden til musikkterapi og dens utvikling er økonomi... Ja... Det er ikke penger. Folk kan ikke kjøpe viskelær en gang uten at noen mister jobben sant. Det er ILLE her</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Musikkterapiens utvikling i kommunen avhenger av økonomi • Spare penger og prioritering av pengebruk i kommunen • Kritisk økonomisk situasjon i kommunen
<p>I2: Og så fikk jeg en sykepleier som veileder. Det var jo veldig greit... eller ”fadder” på en måte. Jeg hadde liksom en som jeg kunne gå til å spørre om hva som helst. Det var kjempebra.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Støtte fra kollegaer • Veileder • Positivt å ha en å gå til

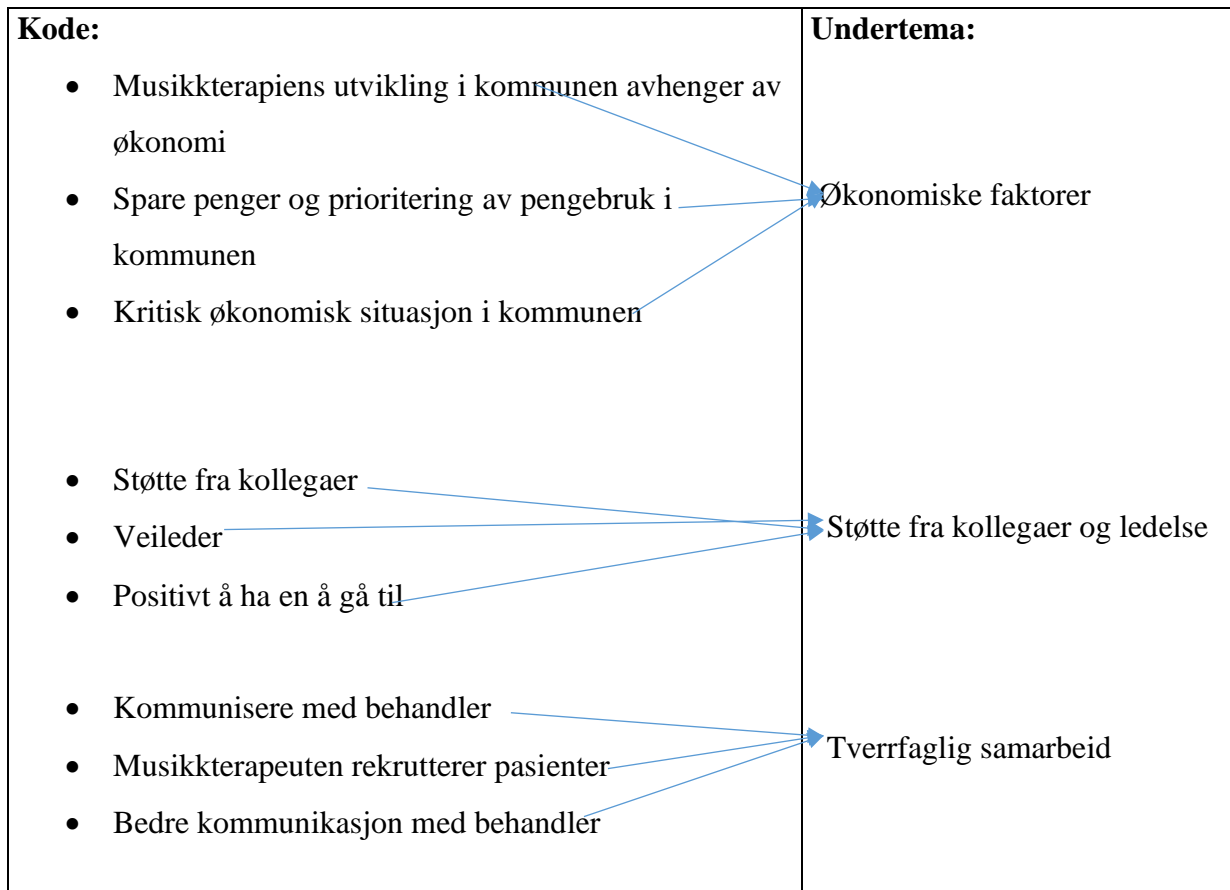
<p>I3: Jeg håper på mer bruk av de gule lappene sånn at jeg kan få litt hyppigere henvendelser fremfor at jeg må hele tiden oppsøke de. For sånn er det nå, at jeg oppsøker de fleste pasientene selv uten at behandleren nødvendigvis har sagt at det er nødvendig.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunisere med behandler • Musikkterapeuten rekrutterer pasienter • Bedre kommunikasjon med behandler
--	--

Figur 1, Fra sitat til koder

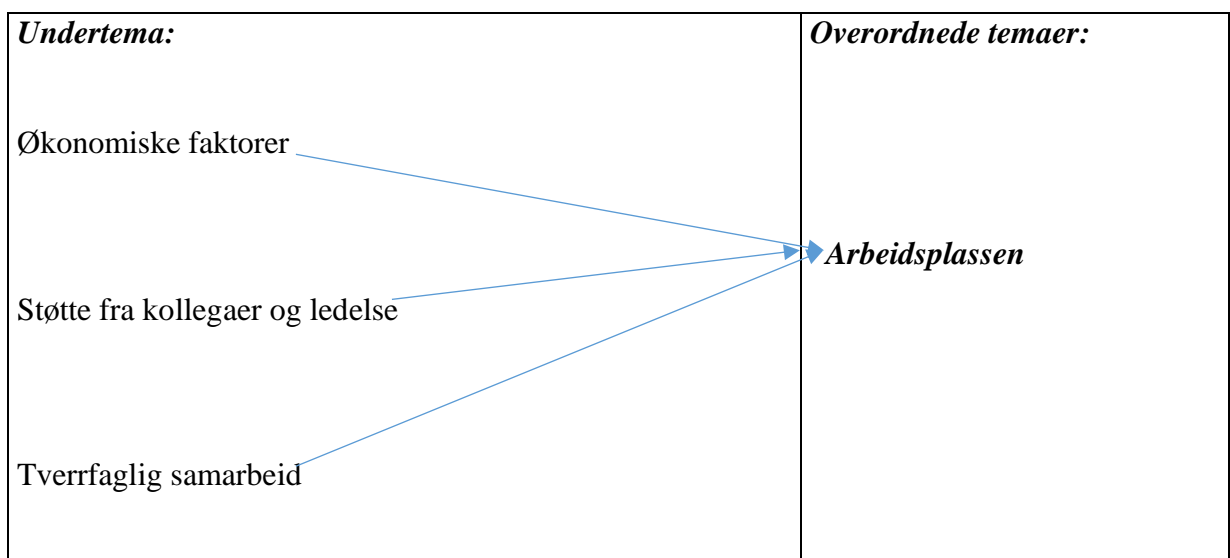
I disse utdragene har jeg markert fraser som jeg anser som interessante i lys av forskningsspørsmålene. Til høyre for disse har jeg kort beskrevet utsagnene i form av koder. Dette gjør jeg med alle uttalelsene og vil etterhvert ende opp med en lang liste med koder som er relatert til bestemte utsagn.

Fase 3: Søke etter temaer

Ved fase tre har jeg en liste med totalt 522 koder. Jeg samlet og sorterte alle kodene som kunne relatere med hverandre og videre grupperte jeg de inn i ulike undertema. Alle koder som for eksempel omhandlet utsagn som kunne relatere til økonomiske problemstillinger, fikk tildelt undertemaet *økonomiske faktorer*. Dette er i stor grad en prosess som involverer en aktiv fortolkning av kodene i dataen (Braun & Clarke, 2006). Det anbefales å benytte tre temanivåer i søk av tema; detaljerte temaer, undertemaer og overordnede temaer (Clarke, Braun & Hayfield, 2015). I min analyse har jeg benyttet følgende temanivåer; 1) Koder, 2), undertemaer og 3) overordnede temaer. Eksempelet nedenfor (Tabell 2) er et lite utsnitt fra alle kodene og viser koder som støtter opp følgende undertemaer: *økonomiske faktorer, støtte fra kollegaer og ledelse og tverrfaglig samarbeid*. Disse ble videre fortolket inn i ett overordnet tema (tabell 3).



Figur 2, Fra koder til undertema



Figur 3, Fra undertema til overordnede tema

Fase 4: Gjennomgang av temaer

I fase fire undersøkte jeg nøyaktigheten og reliabiliteten av temaene som ble avdekket gjennom fase tre. Jamfør Clarke og Brauns (2006) beskrivelse av denne fasen sørget jeg for at

temaene samsvarte med det kodete materialet og hele det resterende datamaterialet. Samtlige temaer gikk her gjennom en raffineringssprosess hvor enkelte temaer ble forkastet ut på grunn av manglende støttende data eller for lite relevant data. Gjennom raffineringssprosessen ble det også dannet nye temaer ettersom flere av temaene hadde sterke likhetstrekk som kunne kombineres til ett tema. Motsatt ble temaer splittet dersom data innad i ett tema hadde for stor differanse mellom hverandre.

I sammenheng med fase fires raffineringssprosess blir det relevant å trekke frem Pattons (1990) to kriterier for å avdekke temaer: *intern homogenitet* og *ekstern heterogenitet*. Førstnevnte går ut på at all data som danner ett tema, må alle ha en meningsfull betydning som binder dem sammen (Patton, 1990). Ekstern heterogenitet følger prinsippet om at klare identifiserbare ulikheter må være tilstedeværende på tvers av hvert tema (Trahan & Stewart, 2013).

Fase 5: Definere og navngi temaer

I fase fem hadde jeg en liste over alle temaer. Disse ble definert og navngitt deskriptivt. Dette er en pågående analyse for å raffinere detaljene av hvert tema og helheten i analysen som gjengir essensen av hva hvert tema handler om (Braun & Clarke, 2006). Da mange temaer var store og komplekse, var det nyttig å benytte undertemaer for å gi en meningsfull struktur til temaene. Temaer ble allerede ved fase tre delt opp i undertemaer, men ved fase fem var det fremdeles nødvendig å ytterligere dele opp temaene med hensikt om å tydeliggjøre meningsinnholdet. I løpet av fase 5 er det, i følge Braun & Clarke (2006), viktig å ha en klar definisjon av temaene før man går videre til fase 6.

Fase 6: Produsere rapporten

Fase seks innebærer å presentere funnene i form av utdrag som suppleres med analytiske kommentarer fra forfatteren. Forfatteren skal her ha en klar stemme i kommentarene og skal, i tillegg til å beskrive dataen, også diskutere funnene i relasjon til forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2006).

2.4 Etiske refleksjoner

En etisk utfordring jeg har møtt og måttet forholde meg til er anonymisering. Denne studien tar for seg musikkterapeuter innen psykisk helse og deres opplevelser vedrørende implementeringssprosessen av ny praksis ved enten psykiatrisk klinikk, DPS eller kommunen.

Musikkterapi i psykisk helsefeltet er relativt nytt og i stadig utvikling. Man regner som tidligere nevnt rundt femti musikkterapeuter ansatt i psykisk helse- og rusfeltet i Norge (Evensen & Fleiner, 2019). Stillingene er som regel knyttet til DPS og sykehusavdelinger, samt noen få i kommunen. Disse tallene gir et lite innblikk i hvor få musikkterapeuter det er sammenlignet med andre eldre og veletablerte profesjoner. Miljøet kan derfor tenkes å være lite og gir derfor en risiko for at noen informanter eller institusjoner kan identifiseres ut fra svarene som gis. For å bevare konfidensialiteten til informantene og institusjonene som nevnes i intervjuet, har jeg valgt å skjule intervjupersonenes identitet og kjønn, og institusjonens navn, samt geografisk beliggenhet med unntak av at de befinner seg i Norge. Informantene vil få et kjønnsnøytralt pronomen som "hen" og utover det bli referert til Informant 1, 2 og 3. Også personer nevnt av informantene vil få kjønnsnøytrale pronomen, i tillegg til at stillingstitler vil anonymiseres der det anses nødvendig.

I forkant av hvert intervju har jeg sendt informasjonsskriv (se vedlegg 2) og samtykkeskjema (se vedlegg 3) hvor samtlige informanter har samtykket til deltakelse i studien. Informantene fikk også tilbud om å lese gjennom transkripsjonen og temaer som kom frem etter analysen. Dette gjorde jeg for å forsikre at temaene stemte overens med hva de hadde sagt i intervjuet. Før jeg startet innsamling av data sendte jeg søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) som ble godkjent (se vedlegg 4)

2.5 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

Validitet i kvalitativ forskning handler om man har undersøkt det som var ment til å undersøkes (Krumsvik, 2014, s. 152). Riktig valg av metode blir da viktig for å generere gyldig data som kan belyse problemstillingen (Malterud, 2011, 181). I min studie har jeg derfor valgt en semi-strukturert intervjumetode. En annen faktor som kan bidra til å sikre validitet er å gjøre transkriberingsarbeidet selv og på denne måten vil en bli bedre kjent med empirien (Krumsvik, 2014). Det er imidlertid viktig å poengtere at det ikke finnes noen sann, objektiv oversettelse fra tale til tekst (Malterud, 2011).

Begrepet *reliabilitet* sier noe om påliteligheten til forskningsresultater og blir ofte i forbindelse med kvantitativ forskning forbundet med etterprøvbarhet, noe som i kvalitativ forskning ikke alltid er så lett å få til (Kvale, 2007; Kvale, sitert i Krumsvik, 2014, s. 158). Samtidig, så kan reliabilitet også ses på som påliteligheten i selve forskningsprosessen. I undersøkelsen min vil det for eksempel være relevant å stille krav til intervjureliabiliteten, da den er knyttet til spørsmål om: "Er intervju spørsmålene mine tydelige? Har jeg gjennom

spørsmålene mine formet svarene til informantene? Har jeg brukt ledende eller tvetydige spørsmål?” (Kvale & Brinkmann, 2018). For å unngå at intervjureliabiliteten blir satt på spill, så har jeg utformet intervjuguiden med åpne spørsmål og vært opptatt av at spørsmålene blir formulert i tråd med metoden i studien.

Generaliserbarhet, eller overførbarhet, er et begrep som oftest blir brukt i kvantitativ forskning når det er snakk om statistisk generalisering (Krumsvik, 2014), noe som ikke er et mål med denne studien. Et av målene med studien har vært å generere kunnskap rundt implementering av ny praksis i håp om at andre i feltet kan dra nytte av det. I min studie kan det derfor være relevant å stille krav om *lesergeneralisering*, som innebærer at leseren selv vurderer hvorvidt utsagnene fra informantene kan ha relevans og dra nytte av det i egen situasjon (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2010).

3.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil jeg presentere ulike teorier innen organisasjon og implementering med hensikt om å danne et teoretisk rammeverk for studien. Det skal først presenteres en innføring i hva organisasjonsteori handler om, og videre vil ulike definisjoner på organisasjon og en forståelsesramme for organisasjon bli presentert. Deretter skal implementering og en kontekstuell implementeringsmodell bli gjort rede for. Til slutt rundes kapitlet av med en innføring i recovery-begrepet og samfunnsmusikkterapi.

3.1 Organisasjonsteori og organisasjon

Organisasjonsteori er et felles begrep som omhandler teorier om organisasjon og organisering (Eriksson-Zetterquist, Kalling, Styhre & Woll, 2014). Organisasjonsteorien tilbyr kunnskap som kan anvendes når vi skal beskrive, forstå og arbeide i organisasjoner, men har imidlertid ingen riktige svar eller fasit (Andersen, 2009). Den definerer forøvrig ikke hva en organisasjon er, og bør derfor ikke forveksles med selve begrepet *organisasjon* (Andersen, 2009).

Ofte vil en assosiere en organisasjon med virksomheter, idrettslag, skoler, offentlige etater, etc., og vil dermed være viktig å klargjøre hva som menes med begrepet. Organisasjon kan defineres på ulike måter, og en oppfatning innebærer at organisasjoner "... oppstår og utvikles som instrumenter for å oppnå bestemte mål" (Andersen, 2009, s. 15). Innad i organisasjoner finner vi en gruppe mennesker som samhandler med hverandre for å oppnå disse bestemte målene. Det vil derfor være hensiktsmessig å betrakte organisasjoner som et sosialt system. Jacobsen & Thorsvik (2013) definerer organisasjon som "... et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål" (s. 18).

En organisasjon kan tenkes å innebære mer enn en gruppe mennesker som i felleskap arbeider for å oppnå bestemte mål. Scott & Davis (2007) har formulert tre definisjoner på hvordan organisasjoner kan betraktes: Organisasjon som et *rasjonelt system*, et *naturlig system* og et *åpent system*. Førstnevnte tar for seg, som tidligere nevnt, konseptet om samhandlende mennesker som i fellesskap arbeider mot bestemte mål. I følge Scott & Davis (2007) er det den spesifikke måloppnåelsen og den høye formaliteten som skiller organisasjoner fra andre sosiale grupperinger som familier, lokalsamfunn og sosiale arenaer: "Organizations are collectivities oriented to the pursuit of relatively specific goals and exhibiting relatively highly formalized social structures" (s. 29). Her er det klare rammer om hvem som er medlemmer og hvem som ikke er medlemmer, og klare retningslinjer om

hvilken atferd som aksepteres innad i organisasjonen (Busch, Vanebo & Dehlin, 2010). Videre kan organisasjoner betraktes som et naturlig system. Organisasjonen som et naturlig system kan oppfattes som en motsetning det rasjonelle. I et naturlig system vil organisasjonsmedlemmer, til tross for at organisasjonen opererer med spesifikke mål, ikke alltid være styrt av disse målene. Som resultat vil målene bli diffuse og komplekse (Scott & Davis, 2007). Medlemmene fremstår motivert av egne interesser, samtidig som at organisasjonen anerkjennes som en verdifull ressurs: "Organizations are collectivities whose participants are pursuing multiple interests, both disparate and common, but who recognize the value of perpetuating the organization as an important resource" (Scott & Davis, 2007, s. 30). De to foregående definisjonene tenderer å betraktes som lukkede systemer, noe som vil si at de er upåvirket av omgivelsene og med identifiserbare organisasjonsmedlemmer (Scott & Davis, 2007). Den tredje definisjonen betraktes organisasjonen som et åpent system (Scott & Davis, 2007). En organisasjon som et åpent system vil åpne opp for, og er avhengige av, mennesker, ressurser og informasjon fra andre omgivelser: "Organizations are congeries of interdependent flows and activities linking shifting coalitions of participants embedded in wider material-resource and institutional environments" (Scott & Davis, 2007, s. 32).

Organisasjon kan, som vi nå har sett, defineres på en rekke måter. For å bedre forstå de fenomenene jeg ønsker å studere, så vil jeg derfor i det følgende presentere Eriksson-Zetterquist et al.s (2014, s. 26-30) begrepspar *organisasjon-menneske*, *stabilitet-endring*, *rasjonalitet-ikke-rasjonalitet*, *mann-kvinne* og *formell struktur-uformell struktur*, supplert med innvendinger fra andre teoretikere og fagfolk.

3.1.1 Organisasjon-menneske

Som definisjonene presentert i det foregående avsnittet tilsier, så er organisasjoner noe "mer" enn en samling individer. Begrepsparet organisasjon-menneske sier noe om hvordan organisasjon og mennesket gjensidig påvirker hverandre. En kan spekulere i at et samarbeid mellom flere individer kan gi bedre resultater, noe som går igjen i andre organisasjonsperspektiver som for eksempel i *scientific management* (Taylor, 1911). Mange teoretikere anser organisasjonsmedlemmer og deres kvaliteter som essensielle innad i organisasjoner til å utføre bestemte oppgaver (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). Ledere på et sykehus vil for eksempel ha stor innflytelse når det kommer til oppretting av nye stillinger, mens leger og sykepleiere vil ha en essensiell rolle i forbindelse med behandling, noe som implisitt vil påvirke organisasjonen. En kan trekke linjer til *individualisme* og *kollektivism*,

der førstnevnte sier noe om hvordan de ansatte påvirker organisasjonen, og kollektivism, hvor organisasjonen har påvirkning på de ansatte (Askeland, 2013).

3.1.2 Stabilitet-endring

Stabilitet omhandler organisasjonens etterspørsel fra omverdenen og i selve organisasjonen etter tjenester, produkter, arbeidskraft og teknisk utvikling. Samtidig må organisasjoner til en hver tid ta stilling til og tilpasse seg til endringer i omverdenen. Endringene er som regel knyttet til økonomiske problemstillinger rundt iverksetting av nye tiltak, noe som ofte er forbundet med konflikter og motstand mot endringer. Mange kan oppleves som lite villige til endringer, til tross for at de fremstår som fleksible og innovative, noe som kan gjøre det utfordrende å implementere av nye profesjoner. Det kan derfor tenkes at det kreves en holdningsendring hos de ansatte i organisasjonen for vellykkede implementeringer (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

3.1.3 Rasjonalitet-ikke-rasjonalitet

Som vi var inne på tidligere, kan man se på organisasjoner som rasjonelle (Scott & Davis, 2007). Rasjonaliteten henviser til tydelige rammeverk og metodikk, der begreper som lovregulering, standardisering, kontroll, rutiner og tydelighet ofte blir brukt. På den andre siden finner vi ikke-rasjonalitet, eller irrasjonalitet, som henviser til organisasjoner som opptrer uten tydelige målsettinger (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). Her ser vi klare sammenhenger mellom Scott & Davis (2007) sitt perspektiv på organisasjon som et naturlig system og hva Eriksson-Zetterquist et al. (2014) beskriver som rasjonalitet og irrasjonalitet. Organisasjoner som opptrer rasjonelle i en situasjon, kan det anses som irrasjonell i en annen. I en bedrift kan det eksempelvis være rasjonelt å kutte i kostnader med hensikt om å spare penger, men kan imidlertid anses som irrasjonelt i den forstand at noen mister jobben sin (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

3.1.4 Mann-kvinne

Forståelsen av begrepene mann og kvinne er kulturelt og sosialt betinget, og kan derfor tenkes å variere avhengig av i hvilken sammenheng og kontekst en søker å forstå begrepet ut ifra. I organisasjoner finner vi i dag naturligvis både kvinner og menn, men er også en arena hvor stereotyper skapes og etableres. Eksempelvis er sjefens kjønn implisitt antatt mannlig, mens sykepleierne kvinnelig (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

3.1.5 Formell-uformell struktur

I mange organisasjoner vil stillingsinstruksjoner og organisasjonskart være formulert skriftlig. Den formelle strukturen sier noe om hvem som har ansvar for hva og hvilken myndighet de ansatte har til å gjøre enkelte beslutninger, og gjenspeiler strukturen ledelsen formelt sett ønsker at organisasjonen skal ha. Stillingsinstruksjoner sier noe om hva den ansattes rolle i organisasjonen og hva dens arbeidsoppgaver omfatter (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). For eksempel vil stillingsinstruksjonen til en musikkterapeut si hva han eller hun sine arbeidsoppgaver er. Organisasjonskartet gir en formell oversikt over de hierarkiske og de vertikale nivåene organisasjonen har. De hierarkiske nivåene sier noe om de ulike ledernivåene, mens de vertikale nivåene viser hvor mange avdelinger organisasjonen opererer med. I den uformelle strukturen kan sies å gjenspeile hvordan organisasjonen i realiteten er strukturert, og sier noe om gruppedannelser, samhandlinger og personlig kontakt, som videre påvirker organisasjonsmedlemmenes atferd og holdninger (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

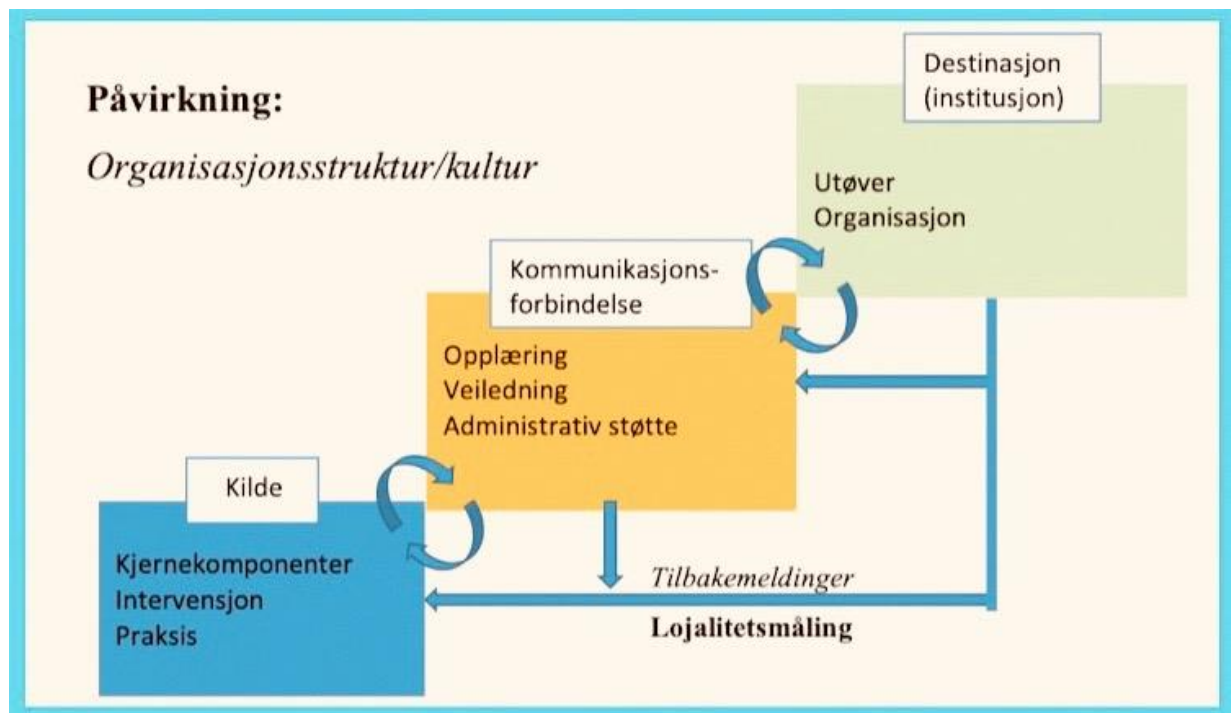
3.2 Implementering

Det finnes en rekke definisjoner for implementering der det legges vekt på ulike faktorer, noe som gjør at det kan være vanskelig å gi en presis begrepsdefinisjon for implementeringsprosesser (Roland, 2017). I Store norske leksikon blir implementering beskrevet av leksikograf Anja Zawadka Persvold (2020) som en handling om å iverksette, å utføre eller å realisere noe. Beskrivelsen alene er av liten kontekstuell og anvendbar verdi, men likevel legges det vekt på en essensiell del av hvordan en implementeringsprosess utarter seg. Implementering handler nemlig om når forskning, visjoner og ideer skal anvendes og iverksettes i den virkelige verden (Roland, 2017). Det kan derfor rimelig å anta at det finnes mange forskjellige definisjoner for implementering som legger vekt på ulike aspekter rundt det å omsette idé, visjon, teori og aktivitet til praksis, samt ulike måter å gjennomføre eller implementere dette på. Flere forskere og forskermiljøer har definert begrepet og utformet ulike rammeverk for implementeringsprosesser (Meyers, Durlak & Wandersman, 2012; Fixsen, Blase, Naoom & Wallace, 2009; Fullan, 2007; Fixsen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace, 2005; Rogers, 2003). Fullan (2007, s. 84) definerer implementering som følger: ”Implementation consists of the process of putting into practice an idea, program, or set of activities and structures new to the people attempting or expecting to change”. Fullan (2007) har fokus på begrepet *prosess*, hvor idéer, program, aktiviteter og strukturer blir omsatt inn i et praksisfelt. En forutsetning for implementering, er at praksisen som omsettes må være ny i

den konteksten den omsettes i (Rogers, 2003; Fullan, 2007). Om praksisen anses som ny i det aktuelle praksisfeltet avhenger hvorvidt individet, eller organisasjonen, oppfatter den som ny (Rogers, 2003). Det spiller derfor ingen rolle om praksisen er kjent fra før av eller har vært i bruk tidligere for å bli ansett som ny.

3.2.1 Implementeringsmodell

Fixsen et al. (2005) definerer implementering: "... a specified set of activities designed to put into practice an activity or program of known dimensions" (s. 5). Fixsen et al.s (2005) implementeringsmodell (Figur 4) tilbyr en kontekstuell forståelsesramme for hva som skjer i selve implementeringsprosessen og hvordan de ulike komponentene i prosessen påvirker hverandre gjensidig. Med hensyn til masterstudiens relevans har jeg gjort enkelte tilpasninger i modellen; i *destinasjon* blir *institusjon* lagt til i parentes, samt at jeg har beholdt *utøver* og lagt til *organisasjon*. Dette er gjort for å lettere kunne sette modellen i kontekst med hva masterstudien tar for seg. Jeg har beholdt *intervensjon* og *praksis* under *kilde*, og skal er forståes som overlappende begreper. Fixsen et al. (2005) trekker frem begrepet *Fidelity Measure*, som på norsk kan oversettes synonymt med *lojalitet* eller *trofasthet*, og vil heretter omtales som *lojalitetsmålinger*. Lojalitetsmålingene skal gi en indikasjon på hvordan lojaliteten og trofastheten, er på individ-, team- og organisasjonsnivå når det gjelder gjennomføringen av implementeringsprosessene (Fixsen et al., 2005). Simultant med dette er hele prosessen påvirket av en rekke lokale og statlige samfunnspolitiske faktorer som finansiering, lisensiering, regulering, arbeidsforhold, samfunnsrelasjoner og kommunale forhold (Fixsen, et al., 2005, s. 28), som i modellen går under *organisasjonsstruktur/kultur*.



Figur 4, *Implementeringsmodell* (Modell tilpasset etter Fixsen et al. Figure 2, s. 28, 2005).

Modellen inneholder fem essensielle komponenter (Fixsen et al. 2005, s. 28):

1) en *kilde* refererer til praksisen, eller endringen, som skal implementeres og gjennomføres (Fixsen et al. 2005). Kjernekomponentene omfatter mønstre og attributter en praksis eller intervensjon, innehar, som skal repliseres (Winter & Szulanski, 2001, s. 733). Kilden som blir implementert kan eksempelvis være alt fra ulike terapeutiske praksiser, retningslinjer for medisinsk praksis til ulike former for hjemmebaserte behandlingsprogrammer (Fixsen, et al. 2005).

2) en *destinasjon* refererer til *practitioner*, og forstås som utøverne og ansatte som jobber direkte med organisasjonen som gjennomfører implementeringen (Fixsen et al., 2005, s. 28).

3) en *kommunikasjonsforbindelse* utgjøres av individer eller grupper av individer, som aktivt jobber for å fremme implementering av kilden (intervensjon/praksisen) til den aktuelle konteksten med lojalitet (Fixsen et al., 2005; Roland, 2017). For å kunne omsette endringen til destinasjonen må det skapes en kommunikasjonsforbindelse mellom dem (Roland, 2017). I kommunikasjonsforbindelsen finner vi tre interaktive komponenter (også kalt

implementeringsdrivere): *opplæring, veiledning og administrativ støtte* (Fixsen, et. al., 2005). Personer involvert i denne prosessen kalles ”purveyor”, som på norsk kan oversettes til *formidler* (forfatters oversettelse), og sørger for at organisasjonen og ansatte/utøveren får tilstrekkelig opplæring, veiledning og nødvendige ressurser for å kunne gjennomføre praksisen (Fixsen et al., 2005).

I musikkterapilitteratur har det også blitt identifisert personer som kan relateres til purveyor-begrepet. Ledger (2010) identifiserte personer som har vært viktige i forbindelse med implementeringen av musikkterapi ved helseorganisasjoner som *gatekeepers*. Disse personene har stor formell beslutningsmakt og er i posisjon til å påvirke beslutninger i organisasjoner (Ledger, 2010, s. 14). Flere musikkterapeuter har formidlet viktigheten av å skape gode relasjoner til respekterte organisasjonsmedlemmer, spesielt når det gjelder økonomisk støtte for å videreutvikle musikkterapeutilbudet (Ledger, Edwards & Morley, 2013, s. 720).

3.2.2 Implementeringssteg

Med bakgrunn i en omfattende litteraturgjennomgang har Fixsen et al. (2005; 2009) identifisert seks steg i implementeringsprosessen. Stegene er ikke lineære da hvert steg har en kompleks påvirkning på hverandre (Fixsen, et al., 2009). Som antydnet i Fixsen et al.s (2005) rammeverk for implementering, er implementering en prosess som pågår over tid, og er ikke en engangshendelse. En stegvis inndeling kan tenkes å bidra til en bedre oversikt over hvor man befinner seg i en endringsprosess. Stegene blir beskrevet som følger, og vil suppleres med relevante innvendinger av andre fagfolk:

Utforsking og adopsjon:

Det første steget går ut på å utforske organisasjonens (institusjonen) behov og hvorvidt endringen, eller praksisen, som potensielt skal implementeres samsvarer med disse behovene. Dette krever å utforske alternative endringer og praksiser, og innhente informasjon som kan bidra til en beslutning om å adoptere det nye tilskuddet (Fixsen et al. 2005). Slike beslutningsprosesser kan skje både på individ- og gruppenivå i organisasjonen (Rogers, 2003). Allerede ved første steg kan det være gunstig å involvere personalet for at de kan oppnå eierskap til prosjektet tidlig i prosessen og får oppleve å ha påvirkning i selve beslutningsprosessen (Fixsen et al. 2005).

Program-/praksisinstallasjon:

Etter beslutningen om å implementere er foretatt, må det gjøres en rekke praktiske tiltak før implementeringsarbeidet kan begynne. Disse tiltakene innebærer å skaffe tilstrekkelig ressurser (f. eks. økonomi, veiledere), innkjøp av nødvendig utstyr, tilrettelegge egnet lokale, avsette nok tid til arbeidet, samt forberede personale på endringen som skal foretas (Fixsen et al., 2005, s. 16).

Innledende implementering:

Implementering krever endring (Fixsen et al., 2005). Hovedfokuset ved den innledende implementeringen vil dreie seg om å endre og innføre ferdigheter, omsette visjoner, ideer og teorier til praksis. Endring skjer både individuelt og kollektivt ettersom at samtlige i forbindelse med implementeringen blir introdusert til, og påvirket av, eksterne og interne faktorer de er nødt til å forholde og tilpasse seg til (Kitson, Harvey & McCormack, 1998). Støtte fra flere hold (kollegaer, administrasjon, økonomi, politikere) vil ofte være avgjørende for en vellykket implementering, noe som kan være utfordrende da miljøet kan være preget av sosiale stressorer, politisk press, angst, motkrefter og tverrfaglig rivalisering (Fisher, 1983). Også entusiasme, lojalitet, ydmykhet, endringsvillighet, omgjengelighet og gode samarbeidsevner vil være viktige forutsetninger for å lykkes (Roland, 2017; Fisher, 1983). Fixsen et al. (2005) påpeker forøvrig at prosessen i noen tilfeller stoppe opp ved dette punktet, noe som kan skyldes mangelfull forpliktelse eller at prosjektet ikke samsvarer tilstrekkelig med organisasjonens behov.

Full gjennomføring:

En gjennomført implementering inntreffer når det nye innholdet er integrert i utøvernes og ansattes daglige praksisutøvelse (Fixsen et al., 2005). Over tid vil endringen bli en akseptert praksis, den vil være en del av de vanlige rutinene ved organisasjonen, og de ansatte/utøverne vil oppnå forbedret praksisutøvelse (Fixsen, et al., 2005)

Innovasjon:

Som nevnt tidligere beskriver Rogers (2003) innovasjon som en idé, praksis, eller et objekt, som er oppfattet som ny i den konteksten den presenteres i. Innovasjonen kan sies å stadig være i en endringsprosess ettersom at den over tid vil forbedres ved at de involverte deltakerne finner nye og bedre løsninger under implementeringsperioden (Fixsen et al. 2005) Ansatte kan utvikle innholdet i kjernekomponentene til videreført bruk i egen organisasjon,

noe som krever at prosjektene kontinuerlig evalueres (Roland, 2017). Det hender at andre organisasjoner og ansatte beslutter å adoptere en innovasjon etter det er blitt implementert og akseptert i flere organisasjoner, noe Rogers (2003) refererer til som *leggards*, som på norsk kan oversettes til *etternølere*.

Bærekraftig videreføring:

Det siste steget i implementeringsprosessen er *sustainability* (Fixsen, et al., 2005), noe som kan oversettes til *bærekraftig videreføring*, og handler om å opprettholde innholdet i endringen stabilt over lengre tid. Dette er noe som kan være krevende ettersom at organisasjonen ved et punkt kommer til å ha endringer i personale, ledelse, økonomiske prioriteringer og i det ytre samfunnet. Det innebærer, til tross for at implementeringen er gjennomført, at organisasjonen og utøverne til en hver tid må tilpasse det implementerte innholdet inn i stadig skiftende kontekster (Fixsen, et al. 2005; Roland, 2017).

3.3 Recovery

Recovery har spesielt fått mye medvind de siste 15 årene og blir stadig vekk mer utbredt innen psykisk helsearbeid i den vestlige verden, inkludert i Norge. Et eksempel på dette kan vi se gjennom Helse Bergen sitt prosjekt om medikamentfritt behandlingsforløp som er tuftet på en recovery-orientert praksis og brukermedvirkning (Øvernes, 2019; Solli, 2012). Det kan tenkes at det økte fokuset kan ha sammenheng med vektleggingen av tilnærmingen i Nasjonal faglig retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, for forøvrig musikkterapi blir nevnt som anbefalt behandling (Helsedirektoratet, 2013).

Begrepet har lenge blitt brukt innenfor medisin og flere helsefag som en målsetting om å bli frisk og symptomfri. Denne recovery-formen kalles *klinisk recovery* (Slade, 2009). Det har imidlertid vært dokumentert at mennesker med psykose og deres subjektive forståelse av recovery ikke alltid korrelerer med klinisk recovery og dens kriterier på friskhet og bedring. Slike personlige erfaringer av psykiske lidelser har blitt skrevet ned og dokumentert. Allerede på 1800-tallet gav John Perceval ut *Perceval's Narrative* som omhandler hans subjektive opplevelser av psykose i perioden 1830-1832 og hans vei mot bedring (Perceval, 1961). Bedring blir også diskutert på begynnelsen av 1900-tallet i Kraepelins bok *Dementia Praecox*, hvor det reflekteres rundt ideen om at bedring også er mulig for mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Topor, 2001). Slike erfaringskunnskaper har senere banet vei for

operasjonaliseringen av *personlig recovery*, som videre i teksten vil bli referert til som *recovery*.

Recovery er et perspektiv med røtter i det salutogenetiske helsesynet. Det salutogenetiske helsesynet har fokus på de aspektene som holder oss friske, og kan ses på en motsats til den tradisjonelle dikotomien mellom helse og sykdom, kjent som patogenese (Williamson & Pearse, 1966; Antonovsky 1979). Jeg skal ikke gå nærmere inn på det salutogenetiske helsesynet, da det er *recovery*-perspektivet som hovedsakelig blir vektlagt i intervjuene. *Recovery* har forøvrig mange av kjerneelementene av det salutogenetiske helsesynet. En mye anvendt definisjon av *recovery*-begrepet fremhever individets opplevelse av bedring, til tross for utfordringer tilknyttet psykisk sykdom:

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

I likhet med det salutogenetiske perspektivet, baserer *recovery* seg på en personsentrert omsorg hvor man primært har personen og dens styrker i fokus. Den handler om menneskets helse og velvære, men også om individets deltakelse og relasjon til ulike økologiske samfunnsplan. *Recovery* kan kjennetegnes som noe individet selv gjør av egen innsats, med hjelp av andre, og ikke som er et resultat av intervensjoner utelukkende utført av profesjonelle. Det dreier seg derfor mye om å fremme autonomi og myndiggjøring, håndtere ulike problemer og finne frem til måter som kan bidra til et meningsfullt liv (Slade, 2009; Jacobson & Greenley 2001).

Forskning viser at mennesker diagnostisert med alvorlige psykiske lidelser, likevel kan oppleve bedring og leve et meningsfullt liv når de deltar i *recovery*-orienterte behandlingstilnærminger (Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss & Breier, 1987). Harding et al. (1987) utførte en longitudinell oppfølgingsstudie med 118 pasienter diagnostisert med schizofreni, hvor det dokumenteres at mellom 53 og 68 prosent opplever bedring. Verdens helseorganisasjon gjennomførte en omfattende multisenterstudie som strakk seg over en tidsperiode på 25 år, viste at rundt halvparten av 18 store pasientgrupper ved oppfølging hadde positivt utfall når det gjaldt bedring (Harrison et al., 2001).

Flere informanter inkludert i denne studien forteller både eksplisitt og implisitt å arbeide med en recovery-orientert tilnærming. De er ikke alene om dette. Recovery-orientert musikkterapi, spesielt innen psykisk helsefeltet, blir stadig mer aktuelt og blir mye vektlagt i musikkterapilitteraturen (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018; Hense & McFerran, 2017; McCaffrey & Edwards, 2016; Rolvsjord, 2015; Hense, McFerran & McGorry, 2014; Solli, Rolvsjord & Borg, 2013; McCaffrey, Edwards & Fannon, 2011; Jensen, 2008; Chhina, 2004). Studier viser at recovery-orientert musikkterapi kan bidra til økt velvære, symptomreduksjon, nettverks- og relasjons bygging og positive følelsesopplevelser hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Solli, 2014; Solli & Rolvsjord, 2014; Solli, Rolvsjord & Borg, 2013). Begrepet blir ofte nevnt i samme åndedrag med godt etablerte praksistilnærminger som ressursorientert musikkterapi og samfunnsmusikkterapi (Solli, 2012). Dette er mye på grunn av at recovery-orienteringen gjenspeiler flere av kjerneprinsippene til musikkterapi, som for eksempel fokus på ressurser og økologiske overganger (McCaffrey, Edwards & Fannon, 2011; Chhina, 2004). Ressursorientert musikkterapi handler om å styrke sterke sider og stimulere de iboende personlige, sosiale, og kulturelle ressursene hos individet, og har i likhet til recovery-perspektivet og samfunnsmusikkterapi, fokus på hva som gjør mennesker rustet til å mestre problemer og sykdom (Rolvsjord, 2008; Stige & Aarø, 2012).

3.4 Samfunnsmusikkterapi

Samfunnsmusikkterapi er et komplekst og sammensatt begrep som i stor grad avhenger av hvilken kontekst den anvendes i, noe som har gjort det problematisk å definere (Stige & Aarø, 2012). Begrepet innebærer en ressursorientert tankegang som vektlegger samspillet mellom individet og den sosiale og samfunnsmessige konteksten (Stige, 2008).

Kenneth E. Bruscia (1998) var tidlig ute med operasjonalisering av begrepet:

”In *Community Music Therapy*, the therapist works with clients in traditional individual or group music therapy settings, while also working with the community. The purpose is twofold: to prepare the client to participate in community functions and become a valued member of the community; and to prepare the community to accept and embrace the clients by helping its members understand and interact with the clients” (s. 237).

I definisjonen fokuseres det på en kjernekomponent i samfunnsmusikkterapien – nemlig samspillet mellom individ og samfunn, noe som utdypes i hva Bruscia (2014) henviser til

økologiske praksiser. Bruscia (2014) vektlegger her de økologiske endringene individer og grupper oppnår med deres sosiokulturelle og psykiske miljø. De økologiske og systemiske perspektivene er noe Stige (2003) også fremhever i sin tredelte definisjon, som tar for seg hvordan samfunnsmusikkterapi fungerer som praksis, fag og yrke:

“Community Music Therapy as an area of professional practice is situated health musicking in a community, as a planned process of collaboration between client and therapist with a specific focus upon promotion of sociocultural and communal change through a participatory approach where music as ecology of preformed relationships is used in non-clinical and inclusive settings.

Community Music Therapy as emerging sub-discipline is the study and learning of relationships between music and health as these develop through interactions between people and the communities they belong to.

Community Music Therapy as emerging professional specialty is a community of scholarpractitioners with a training and competence qualifying them for taking an active musical and social role in a community, with specific focus upon the promotion of justice, equitable distribution of resources, and inclusive conditions for health-promoting sociocultural participation” (s. 454).

Basert på åtte kasstudier har Stige, Ansdell, Elefant og Pavlivevic (Stige, 2010; Stige & Aarø, 2012) identifisert fem egenskaper samfunnsmusikkterapi innehar, som videre utgjør akronymet PREPARE. Akronymet PREPARE tilbyr en helhetsforståelse av de ulike kvalitetene som vektlegges i samfunnsmusikkterapien, og kan gi en oversikt over hvordan samfunnsmusikkterapi utøves i praksis. Akronymet er utgjøres av begrepene *participatory* (deltakende), *resource-oriented* (ressursorientert), *ecological* (økologisk), *performative* (performativ), *activist* (aktivist), *reflective* (refleksiv) og *ethics-driven* (etikkdrevet) (Stige & Aarø, 2012, s. 18). Begrepene refleksiv og etikkdrevet vil ikke utdypes nærmere, da de ikke anses som relevante til studiens drøftingsdel.

Samfunnsmusikkterapi kan beskrives som en samarbeidsorientert praksis mellom klient og terapeut, med utgangspunkt i klientens ressurser og klientens samspill med eget lokalmiljø og dens økologiske overganger mellom ulike samfunnsstrukturer, derav begrepene deltakende, ressursorientert og økologisk (Stige & Aarø, 2012). Samfunnsmusikkterapi henter mye inspirasjon fra Bronfenbrenners (1979) utviklingsøkologiske modell. Modellen viser menneskets samhandling med ulike samfunnsstrukturer og illustrerer hvordan menneskers liv

blir formet og påvirket av omgivelsene (Bronfenbrenner, 1979). Bronfenbrenner (1979) deler opp strukturen inn i mikro-, meso-, ekso- og makrosystemer, som beskriver de ulike samfunnsstrukturene som primærgruppe, skole, arbeidsplass, kommunen og stat. I samfunnsmusikkterapeutisk praksis blir den sosiokulturelle økologien som er skapt av de gjensidige forholdene mellom de nevnte strukturene undersøkt aktivt (Stige & Aarø, 2012). Det performative aspektet omhandler klientens evne til å handle på tvers av ulike økologiske nivåer, for eksempel å spille en konsert på andre arenaer som ikke nødvendigvis har med helsesystemet å gjøre, noe som kan være positivt for enkeltes opplevelse av musikalsk identitet (Stige & Aarø, 2012). Aktivist er knyttet til politikk og sosial aktivisme, hvor en søker å anerkjenne de begrensningene enkelte mennesker kan oppleve i møte med samfunnet som resultat av den livssituasjonen de befinner seg i, hvor terapeutens evne til å bidra til sosial endring og en likestilt fordeling av ressurser i den enkeltes kontekst blir vektlagt (Stige & Aarø, 2012).

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapitlet skal jeg gjøre rede for funnene fra intervjumaterialet. Disse vil bli presentert gjennom ulike temaer og undertemaer, supplert med kommentarer fra undertegnede. Funnene blir presentert fra de mest fremtredende temaene til de minst fremtredende i rekkefølge. Gjennom den tematiske analysen kom jeg frem til følgende temaer; 1) *Arbeidsplassens påvirkende faktorer*, 2) *Musikkterapeutens rolle* og 3) *Musikkterapi*. Temaene gir innblikk i hvilke aspekter ved implementeringen som går igjen på tvers av informantene, samt aspekter som viser seg å være særlig fremtredende hos enkelte. Funnene kan gi en pekepinn for hva man som musikkterapeut kan forvente å måtte ta stilling til ved å starte opp et musikkterapiiltak ved en ny arbeidsplass. De viser hva som forventes av musikkterapeuten, så vel som hva musikkterapeuten kan forvente av arbeidsplassen. Ettersom hver informant jobber på ulike arbeidsplasser, hvor enkelte har kommet lengre eller er i starten av en implementeringsprosess, er det naturlig å anta at de tar stilling til ulike problemstillinger tilknyttet implementeringen av musikkterapi. Noen opplevde eksempelvis god økonomisk støtte under implementeringsfasen, mens andre opplevde det motsatte og var derfor ikke en direkte utfordring under implementeringsprosessen. Det vil også være relevant å påpeke ulikheter, så vel som likheter, mellom informantenes opplevelser. Temaene presenteres med undertema som belyser spesifikt tematikken i det overordnede temaet. Samlet utgjør undertemaene sine respektive temaer (tabell 4). Leserveiledning for sitater¹

Hovedtema	Undertema
Arbeidsplassens påvirkende faktorer	Økonomiske faktorer Støtte fra kollegaer og ledelse Tverrfaglig samarbeid
Musikkterapeutens rolle	Synlighet og drivkraft Informering om musikkterapi Behov for flere musikkterapistillinger Kompetanse og selvsikkerhet
Musikkterapi	Fellesskap Musikk som helseressurs

Figur 5, *Hovedtema og undertema*

¹ Informantene blir omtalt som I1, I2 og I3, og intervjuer (forsker) blir omtalt som F. Samtlige personer gis et kjønnsnøytralt pronomen.

4.1 Arbeidsplassens påvirkende faktorer

Et tema som gikk igjen på tvers av informantene var *arbeidsplassen*. Dette kom naturligvis som ingen overraskelse da problemstillingen tar sikte om å undersøke musikkterapeuters opplevelser vedrørende implementering av musikkterapi. Enkelte undertemaer var særlig fremtredende hos noen, mens hos andre moderat. I det følgende vil det gjøres rede for temaets tre undertemaer: *Økonomiske påvirkninger, støtte fra kollegaer og ledelse, og tverrfaglig samarbeid*.

4.1.1 Økonomiske faktorer

Som mange virksomheter, opererer psykiatrisk klinikk, DPS og kommunale helsetjenester med et økonomisk budsjett. Hos flere kan det være gunstig å finne metoder å forvalte de økonomiske ressursene på en best mulig og bærekraftig måte. Det kan være rimelig å anta at musikkterapeuter må å ta stilling til økonomiske problemstillinger, spesielt i en implementeringsprosess. Spørsmål som ”Hvem betaler for utstyret?”, ”Hvor mye penger kan jeg bruke?”, ”Hvor kan jeg få midler fra?” eller om hvorvidt det er nok økonomiske ressurser til å gjennomføre enkelte tiltak, er nok ikke fremmed for mange, heller ikke enkelte informanter i denne studien. Noen opplevde økonomisk motstand tidlig i implementeringsprosessen, mens andre møtte først økonomisk motstand lengre ute i prosessen. Enkelte har derimot ikke opplevd økonomisk motstand, tvert imot økonomisk medvind, så langt i prosessen. Til tross for at alle informantene møtte på ulike økonomiske problemstillinger, kan funnene si noe om hvilke utfordringer andre musikkterapeuter potensielt sett kan forvente å møte på ved ulike stadier i implementeringen.

Informant 1 er den blant informantene som tilsynelatende har opplevd størst motgang når det gjelder økonomi i implementeringsfasen. Økonomi var i stor grad et gjentakende tema gjennom hele intervjuet. Informanten forteller at musikkterapi tilbudet ble til som resultat av at to praksisstudenter hadde gjennomført praksisperioden sin i forbindelse med musikkterapistudiet. Tilbudet ble videre driftet av 4 ansatte ved den kommunale helsetjenesten, som senere viste seg å være en økonomisk byrde. Tjenesten hadde derfor ikke råd til å drifte musikktilbudet alene, spesielt ikke etter kommunesammenslåingen tidlig i 2020. Det ble dermed aktuelt å inngå et samarbeid med den lokale kulturskolen for å bistå med musikkterapeut og for å avlaste de ansatte ved helsetjenesten. Dette presiserer informant 1 ved følgende sitat:

II: ... på grunn av kommunesammenslåingen har nå så har kommunen ingen penger. Så den kommunale helsetjenesten har ikke råd til å holde tilbudet gående i den konstellasjonen det har... ettersom de fra helsetjenesten, de ansatte, ikke er musikkterapeuter, ikke er musikere heller, så trenger de de fire for å på en måte drive det. Én av de klarer ikke å drive det alene. Så det er rett og slett for dyrt å holde det gående.

Informant 1 forteller videre at helsetjenesten hadde alternativet om å trappe ned på tilbudet for å spare penger, noe som i verstefall ville ført til avvikling av det hele. Informanten har derfor hatt en del fokus rettet mot å overtale kommunesjefene om finansiering.

II: ... folk er interesserte. Folk har lyst til å utforske mer, men de har ikke råd til det. Så du må overtale kommunesjefene til å prioritere det i en økonomisk sammenheng.

Med ”folk” refererer hen til helsetjenesten som ønsker musikkterapi. Å overtale kommunesjefene til å økonomisk prioritere musikkterapi har vist seg å ikke være så enkelt, da særlig på grunn av den kritiske økonomiske situasjonen i den aktuelle kommunen. Informanten forteller at mangelen på midler innad i kommunen påvirker utviklingen av musikkterapi, til tross av at helsetjenesten er interessert:

II: ... den største fienden til musikkterapi og dens utvikling er økonomi... Ja... Det er ikke penger. Folk kan ikke kjøpe viskelær en gang uten at noen mister jobben sant. Det er ILLE her.

Her kan virke som at midler blir sparsommelig fordelt, noe som kan gi grunn til å tenke at enkelte tiltak kan være utfordrende å iverksette. Informanten gir i løpet av intervjuet gjentatte ganger uttrykk for at mye av arbeidet med implementeringsprosessen har vært, og fortsatt er, å appellere til kommunesjefene og politikere med hensikt om å få generert tilstrekkelig økonomisk støtte til å realisere og gjennomføre prosjektet. Dette understreker informanten ved følgende sitat:

II: ... for meg at i en kommunal sammenheng så må du begynne fra toppen. Du må jobbe med toppen. Du må jobbe med politikere. Du må jobbe med kommunesjefene. For du må ha penger.

Hen forteller videre at det å arbeide med toppen er, for å bruke informantens eget uttrykk, ”essensielt”, i selve implementeringsprosessen:

F: Hvor viktig tror du, eller mener du, dette er i selve implementeringsprosessen, å begynne på toppen?

I1: Eh... For vår del helt essensielt...

Hen opplever den økonomiske prioriteringen fra øvre hold som essensielt for å fremme utviklingen av musikkterapi i kommunen. Slik det forekommer her, så kan det tenkes at musikkterapitilbudets utvikling kan bremse opp uten tilstrekkelig økonomisk støtte fra kommunesjefene.

Informant 2 opplever, i motsetning til informant 1, å få god økonomisk støtte, spesielt når det gjelder til innkjøp av utstyr:

I2: Fikk noe penger i starten, men etterhvert så har jeg fått veldig mye penger... det har blitt veldig bra. Tror jeg har fått 160 000 totalt til musikkinstrumenter.

Informant 3 har, i likhet med informant 2, også opplevd å få god økonomisk støtte og reflekterer i tillegg rundt hvilke signaler økonomisk støtte kan gi:

I3: Jeg tenker at det er viktig fordi at det viser, ikke bare for musikkterapi miljøet, men det viser for resten av systemet at dette er noe som det skal satses på. Det er viktig i den forstand at folk ser at: hvis det brukes mye penger på noe så er det jo fordi at de øverste lederne virkelig har troen på at dette er et bra tiltak, som jeg og tror er med på å gjøre at folk som gjerne ikke har hatt erfaring med det er positivt innstilt. De ser at ”ja, okei, her satses det faktisk!”. Som gjerne og kan ha ringvirkninger til andre steder i landet og i området om at ”nå ser vi at de gjør ting i en så stor skala at det må jo være noe her som vi ikke har fått med oss”.

Til tross for at økonomiske problemstillinger ikke var et særlig fremtredende tema hos informant 3, kommer det likevel frem et viktig poeng som gjør det verdt å inkludere i dette undertemaet. I tillegg til å få de økonomiske behovene dekket, mener informanten, som beskrevet i sitatet over, at den økonomiske investeringen det regionale helseforetaket har gått inn med kan gi ringvirkninger i musikkterapi miljøet, innad i organisasjonen og andre steder i

landet. Ettersom informantens arbeidsplass er en av de få psykiatriske klinikkene i landet som har musikkterapistilling på minst ett årsverk, kan det være rimelig for informanten å anta at andre klinikker etterhvert også åpner opp stillinger, slik det eksempelvis har vært ved DPS som resultat av Helse Bergens strategivedtak for tilbud om musikkterapi (Stige, 2017).

Informant 2 er den musikkterapeuten av alle 3 som har kommet lengst i implementeringsprosessen og har jobbet ved arbeidsplassen i rundt tre år. Hen opplever likevel at implementeringen ikke er i nærheten av fullført. Selv om informant 2 har opplevd god økonomisk støtte til å kjøpe inn utstyr og diverse, så gir informanten uttrykk for at det trengs ytterligere midler for å utvide årsverkene ut til flere avdelinger. Hen forteller at det er behov for flere musikkterapeuter, og at etterspørselen er stor på flere avdelinger. I det følgende sitatet forteller informant 2, likhet med informant 1, at dette ansvaret ligger i ”øvre hold”. I informant 2 sitt tilfelle gjelder dette avdelingslederne og direktøren.

I2: ... Og da har jo jeg vært i kontakt med lederne av de andre avdelingene som ofte sier at de ikke har råd og at jeg bør gå opp til direktøren på en måte og argumentere der. Men når jeg snakker med direktøren (...)... hen svarer litt vagt på det. Men jeg har også hørt at avdelingslederne har fått mye mer ansvar med å bruke... ”nå får dere så mye midler. Ansett det dere trenger”. Jeg tror egentlig ansvaret ligger på avdelingslederne...

Informant 2 møter her på motstand, der mangel på midler setter en stopper for videre utvikling av musikkterapi på DPSet, selv om det i følge informanten er stor etterspørsel og behov på musikkterapi.

4.1.2 Støtte fra kollegaer og ledelse

Flere av informantene har snakket om viktige støttespillere under implementeringsarbeidet og hva deres støtte kan bety for implementeringen. Dette er personer som generelt har hatt en positiv holdning ovenfor musikkterapi, fasilisert implementeringsarbeidet, vist støtte og engasjement under implementeringsprosessen, samt bistått med veiledning. Enkelte informanter har også opplevd å bli møtt med en skeptisk holdning fra ansatte. I det følgende skal jeg presentere funnene tilknyttet dette undertemaet.

Ved oppstart ble informant 2 tildelt en veileder. Veilederen var en sykepleier med lang fartstid på DPSet. Informanten forteller litt rundt betydningen av å ha en veileder ved følgende sitat:

I2: Og så fikk jeg en sykepleier som veileder. Det var jo veldig greit... eller "fadder" på en måte. Jeg hadde liksom en som jeg kunne gå til å spørre om hva som helst. Det var kjempebra.

Som vi ser ved sistnevnte sitat, omtaler informant 2 veilederen sin som "fadder", noe som kan indikere at denne personen hadde et spesielt ansvar for den nyansatte musikkterapeuten. Informanten forteller også at veilederen var en som hen kunne spørre om hva som helst og gir uttrykk for at dette var positivt. Men informanten opplever også å bli møtt med en skeptisk holdning til musikkterapi. Informanten forteller at kollegaer ved DPSet var skeptisk til musikkterapi da det lokale helseforetaket vedtok å opprette musikkterapistilling på DPSet:

I2: ... jeg har jo hørt at mine kollegaer her på DPS... De var ganske skeptiske...

F: Til det vedtaket eller til...

I2: ... ja, til at de skulle få en musikkterapeut på DPS da.

Informanten forteller videre at de ansatte visste først lite om hva musikkterapi egentlig var for noe og at de heller ønsket en sykepleier, noe som kan ha bidratt til den skeptiske holdningen, men presiserer forøvrig å ha blitt godt mottatt da hen først begynte å jobbe der. Informanten forteller at lederen for avdelingen, som hadde mye erfaring med musikkterapi fra tidligere, kan ha hatt positiv innvirkning på mottakelsen av musikkterapi på DPSet:

I2: Også kan jo jeg si at lederen for avdelingen, når jeg ble ansatt, hen kom fra en annen DPS og hadde gode erfaringer med musikkterapeut der fra før av. Så hen var jo veldig positiv. Så å ha støtte fra ledelsen i starten, det kan jeg tenke meg var viktig på en måte. At det bidro til at teamet godtok det.

Lederen var, som det kommer frem i sitatet over, positiv til musikkterapi og hadde allerede før opprettelsen av musikkterapistillingen gode erfaringer med musikkterapi. Informanten mener derfor at den positive støtten fra ledelsen kan ha vært viktig for at teamet etterhvert ble positivt innstilt til det nye innslaget. Informanten presiserer betydningen av lederens støtte i følgende sitat:

I2: ... det har mye å si for implementering å ha lederne med.

Videre snakker dessuten informanten ytterligere om lederen og dens støtte for musikkterapi:

I2: Det er lederen for avdelingen som er min nærmeste leder. Så det er hen jeg går til. Og hen er veldig grei. Hen har alltid åpen dør og uansett hva det er så... hen støtter veldig musikkterapien.

Flere behandlere på tvers av avdelingene ved DPSet har uttrykt stor interesse for musikkterapi, selv om det ikke er ansatt musikkterapeut ved deres avdelinger. De sier selv at de ønsker å benytte seg av musikkterapi og at det er flere pasienter som trenger det. Slik informanten legger det frem virker det som om de ansatte må legge press på lederne i de ulike avdelingene:

I2: Det er flere behandlere i avdelingen som er positiv til musikkterapi. De sier at de ønsker det og at de har pasienter som trenger det. Så jeg prøver liksom å si "dere må si det til lederen deres".

I intervjuet snakket informant 3 om hvordan de ansatte bidrar til å fremme musikkterapi på arbeidsplassen. Da jeg spurte informanten om hva som har vært positivt eller negativt i løpet av den første tiden som nyansatt, snakker hen om at de fleste som jobber ved klinikken er veldig positiv til musikkterapi og jobber aktivt for å fremme musikkterapi i et allerede etablert system. Informanten forteller om dette ved følgende sitat:

I3: ... veldig mange behandlere selv ser hvilke pasienter som gjerne har behov for det. De ser hvilke pasienter, hvor de selv kommer litt til kort hos, hvor de har prøvd veldig mye men det funker ikke. Hvor de ser at "ja, okei, dette er kanskje en pasient der musikkterapi kan treffe".

Som det kommer frem i forrige sitat, forsøker behandlere å rekruttere pasienter som potensielt sett kan få nytte av musikkterapi. Likevel er det enkelte behandlere som ikke oppleves som like imøtekommende til musikkterapi:

I3: ... noen av disse andre behandlerne har som sagt ikke vært veldig imøtekommende eller like behjelpelig med å prøve å gi meg pasienter.

I sammenheng med hva informanten beskriver over, hevder hen at den lite imøtekommende eller behjelpelige holdningen kan ha sammenheng med at de ikke er informert tilstrekkelig

om hvilken behandlingsverdi musikkterapi potensielt kan ha. Foruten om dette opplever informanten å bli godt tatt i mot på klinikken og mener samarbeidet mellom hen og de ansatte er en læringsprosess som går begge veier:

I3: Jeg føler jeg er godt mottatt. Om det er tilfellet vet jeg ikke. Men som jeg sa litt tidligere så er de fleste veldig positiv til det, og gjør sitt beste for å... de jobber veldig mye sammen med meg for å finne ut hvilke pasienter som fungerer og hva pasienter som ikke fungerer. Det er jo en læringsprosess for de og. Sånn sett føler jeg med veldig godt tatt i mot.

Informant 3 jobber, som tidligere nevnt, på en lukket psykiatrisk post hvor pasientene bor på avdelingene. Informanten henviser til helsepersonellet (sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere, assistenter, etc.) som ”gulvpersonell”, og er de som jobber tett på pasientene. Det kan være rimelig å anta at de kjenner godt til pasientenes rutiner og dagsform fra dag til dag. Gulvpersonellet kan derfor ses på som en god ressurs for informanten å benytte seg av når det gjelder tilrettelegging av musikkterapi i pasientenes hverdag, noe informanten snakker om i følgende sitat:

I3: ... på generell basis så er de fleste av gulvpersonellet vært veldig flink på å tilrettelegge... mase litt på pasientene eller minne pasientene på at de har en avtale med meg. Ligger de å sover så går de gjerne å vekker de en liten stund i forveien. Eventuelt at jeg... jeg har og gått å vekket pasienter en time før fordi at jeg vet at de sliter med å komme seg opp. Jeg har gått inn å spurt personalet ”sover de fortsatt? Er det greit at jeg går inn å bare prøver å få de opp? Ja. Ja.” Så det har jo fungert... ja, veldig bra. Jeg føler at jeg... ja. Jeg får som regel tilbakemeldinger av personalet hvis de ikke tror det er en lur ide at jeg går inn å vekker pasienten.

Informant 1 er kanskje den musikkterapeuten av de tre musikkterapeutene inkludert i studien som virker å ha færrest kollegaer å forholde seg til på arbeidsplassen. Den eneste informanten omtaler som sin kollega, er den andre musikkterapeuten ved kulturskolen hvor informanten jobber, og er kommunens fagsjef i musikkterapi. Til tross for at informanten ellers ikke har lagt særlig vekt andre viktige støttespillere under implementeringsprosessen, nevner hen likevel noen personer som kan, utfra informantens refleksjoner, tolkes å være viktige brikker i implementeringsprosessen. Basert på hvordan informanten beskriver samarbeidet med de ansatte ved den kommunale helsetjenesten og den tette kontakten hen har med kommunesjefene, kan det være rimelig å regne dem som kollegaer av informanten, til tross

for at hen ikke eksplisitt omtaler dem som kollegaer. Som det kommer frem i følgende sitat, så har musikktilbudet, inntil musikkterapeutene kom inn i bildet, vært drevet av de ansattes interesse etter musikkterapistudentene hadde endt sin praksisperiode:

I1: I det vakuumet mellom disse studentene og når jeg begynte å jobbe her, som var omtrent ett år, der ble det drevet av bare den genuine interessen som de ansatte på helsetjenesten hadde for å spille i band. De synes det var veldig gøy og pasientene synes det var veldig gøy, så det var det som drev det på en måte.

Et viktig aspekt ved sistnevnte sitat, er at i tillegg til de ansatte, så synes pasientene aktivitetene er, som informanten forteller: "veldig gøy". De ansatte er óg motivert til å holde tilbudet gående. Dette kan ha bidratt til at både de ansatte og pasientene har utviklet et eierskap til musikktilbudet tidlig i implementeringsprosessen, noe som potensielt sett kan ha positiv innvirkning senere i prosessen.

4.1.3 Tverrfaglig samarbeid

I hver av informantenes arbeidsplasser, jobber det en rekke mennesker fra ulike yrkesgrupper. Dette åpner naturligvis, mer eller mindre, opp for tverrfaglige samarbeid. I lys av studiens problemstilling kan det være verdt å undersøke hvordan de ulike informantene opplever samarbeidet med kollegaer. Ettersom informant 2 har hatt lengst fartstid som musikkterapeut blant alle 3 inkludert i studien, og i tillegg har kommet lengst i implementeringsprosessen, velger jeg å presentere funnene fra hen først.

I den første tiden som nyansatt musikkterapeut ved DPS, forteller informant 2 at hen deltok i teammøter 1 gang i uken i poliklinikken. Teamene består av ulike behandlere og andre helsearbeidere som har med pasientene å gjøre, som eksempelvis psykiatere, psykologer, sykepleiere, vernepleiere, etc. Informanten forteller i følgende sitat om sine opplevelser av å delta i teammøter:

I2: ... det ene teammøtet i uken, da var jo det... det er ganske liten tid egentlig, så da ble det snakk om medisiner og andre praktiske ting rundt pasienten om kanskje jobb, bolig, som tok veldig mye plass da og det ble mindre plass til musikkterapien... det ble mindre tid til musikkterapi ja, for at det var ett teammøte og det er veldig mye man skal snakke om rundt pasienter.

Som informanten beskriver her, ble ikke musikkterapi tilstrekkelig prioritert i teammøtene. Som resultat av en omorganisering av avdelingen hvor informanten jobbet på, så ble det opprettet et nytt team; Flexible active community treatment (FACT) og kan oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling. Dette førte til at informanten deltok i teammøter hver dag, noe som åpnet opp for at musikkterapi kunne ta større plass i møtene enn tidligere. I tillegg til FACT-teamet ble det opprettet miniteam rundt hver pasient. Informanten forteller rundt sine opplevelser rundt deltakelse i FACT-team i det følgende sitat:

I2: Så det gjør at når jeg møter kollegaene mine hver morgen så føler jeg meg veldig inkludert i teamet. Og det er lett å ta opp ting hvis det er spørsmål enten meg til psykologen eller andre veien. Ja, det er blitt veldig bra teamarbeid.

Informanten opplever å bli inkludert i teamet og mener at det tette samarbeidet, sammenlignet med tidligere, er blitt veldig bra. Videre forteller informanten at opprettelsen av FACT-teamet har ført til at recovery-perspektivet har fått ta større del i teamet:

I2: Og den recover-ytanken skulle liksom ha en større del av... tankegangen... i teamet og i behandlingen. Og da ble jo det også mer naturlig at jeg fikk en større stemme fordi vi er recovery-orientert.

Ut fra sitatet over, forstås det slik at informantens recovery-orienterte bakgrunn tilbyr musikkterapien en større plass i teammøtene og i behandlingen.

I likhet med informant 2, arbeider informant 3 også med flere ulike yrkesgrupper. Hen nevner forøvrig ikke å være en del av et team på samme måte som informant 2, men snakker om hvordan hen opplever å delta på morgenmøter, hvilke yrkesgrupper hen har å gjøre med og hvordan kommunikasjonen på tvers av yrkesgruppene utarter seg. Informanten opplever, i likhet med informant 2, at det fokuseres mye medisinerings i møter:

I3: Det er veldig mye snakk om diagnoser og medisinerings på disse møtene som jeg er på, om prøve å "fikse" disse menneskene fremfor det å prøve å hjelpe de til å komme til et sted der de selv føler de fungerer.

Slik informanten beskriver det, kan det virke som at det foreligger et patogenetisk fokus i det tverrfaglige miljøet, noe som virker å være i strid med hva som er "normalen" på klinikken:

I3: ... jeg føler min rolle er jo litt den å hjelpe pasienten selv til å se at de og har en viktig rolle i det hele. At det er mye opp til de hva som er rett for de i hele behandlingsforløpet. Og det er litt sånn... I de timene som jeg har hatt så er det noen pasienter som blir like overrasket hver gang jeg sier at det er opp til de. Hvis jeg bruker frasen "det er opp til deg", så får jeg ofte litt sånn halvforsvirrede blikk fordi at det er ikke en frase som er så mye brukt i tvungen psykisk helsevern.

Ut ifra hva informant 3 forteller, kan det virke som at hen har, i likhet med informant 2, en recovery-orientert behandlingstilnærming i møte med pasientene. Informantens uttalelser vedrørende recovery, kan tyde på at tilnærmingen ikke er innarbeidet i det tverrfaglige teamet informant refererer til.

Informant 3 jobber sammen med hva hen omtaler som gulvpersonell. Gulvpersonellet omgås, som tidligere nevnt, pasientene tett hver dag og natt. I det elektroniske journalsystemet² kan hen kommunisere med både behandlere og gulvpersonellet, og for eksempel formidle tidspunkt på når hen skal gå innom for å hilse på eller ha en musikkterapitime med den aktuelle pasienten:

I3: ... si jeg har en post på mandag og det kommer inn noen som gjerne uttrykker selv at de gjerne har lyst på musikkterapi eller at behandleren ser at de trenger det, så får jeg gjerne en "gul lapp" i datasystemet som vi bruker, som sier "ja her er det en som gjerne kunne vært interessant", så sier jeg gjerne "ja, kommer tilbake igjen på mandag".

Informant 3 forteller at det er hen selv som stort sett har oppsøkt pasienter uten behandlerens henvisninger i journalsystemet, men forteller at henvisninger, i form av "gule lapper" er noe hen håper blir brukt i større grad fremover:

I3: Jeg håper på mer bruk av de gule lappene sånn at jeg kan få litt hyppigere henvendelser fremfor at jeg må hele tiden oppsøke de. For sånn er det nå, at jeg oppsøker de fleste pasientene selv uten at behandleren nødvendigvis har sagt at det er nødvendig.

Informanten ser for seg at den økende pågangen i musikkterapi vil føre til at hen ikke kommer til å ha tid til å oppsøke pasientene i like stor grad som tidligere. Dette vil, slik informant

² Journalsystemet er en digital arbeidsflate som åpner opp for elektronisk samhandling på tvers av helsearbeidere. I journalsystemet administreres og dokumenteres det informasjon om pasientbehandling i spesialist- og i kommunehelsetjenesten.

uttrykker, kreve et tettere samarbeid mellom de ulike yrkesgruppene for å finne gode løsninger:

I3: ... da kommer jo det til å kreve mer av personale i avdelingen. At de er mer behjelpelig med å gå med pasientene ned til musikkterapirommet.

Gjennom journalsystemet kan musikkterapeuten ha tilgang til nødvendig informasjon vedrørende pasienter og ha mulighet til å journalføre utførte musikkterapitimer hos hver enkelt pasient. Informant 2 forteller eksempelvis at hen har en forventning om at andre behandlere skal gå inn i journalen og lese hva som har blitt meldt i forbindelse med musikkterapi:

I2: ... det blir på en måte å kommunisere til psykologen for eksempel "dette jobber vi med".

Selv om informanten senere presiserer at de også reflekterer sammen fysisk i team, så kan dette være en måte for at flere i det tverrfaglige miljøet kan lese hva musikkterapeuten har rapportert samt annen relevant informasjon hen skriver om hver pasient uten at det er nødvendig å møtes.

I helsetjenesten hvor informant 1 arbeider, ble musikkterapitilbudet satt i gang som resultat av et samarbeid mellom de ansatte på helsetjenesten og to musikkterapistudenter som gjennomførte praksis der:

I1: ... disse to musikkterapistudentene og noen av de ansatte på helsetjenesten, jeg regner med det var noen sykepleiere eller noe vernepleiere eller noe sånn, i fellesskap med et par... eh... pasienter på LAR tror jeg det var, etablerte et sånt bandgruppe da.

Musikkterapitilbudet ble i følge informanten etablert i et tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere og vernepleiere, og musikkterapistudenter. Da musikkterapeutene senere kom på banen forteller informanten at tilbudet foreløpig er begrenset til Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), men at målet er å nå ut til flere institusjoner:

I1: Da kan vi tilby det til flere av avdelinger på helsetjenesten... fellesskap kanskje. Du kan ha noen LAR-pasienter, du kan ha noen fra DPSen, du kan ha noen fra psykose eller hva det skulle være.

Etter hva informanten forteller, kan det se ut til at det vil bli et mer omfattende tverrfaglig samarbeid mellom ulike etater etterhvert.

4.2 Musikkterapeutens rolle

Gjennom intervjuet reflekterte informantene over egen rolle i implementeringsprosessen ved sine respektive arbeidsplasser. De nevner blant annet viktigheten av å være synlig og det å være en drivkraft både på arbeidsplassen og i lokalsamfunnet. Det ble også diskutert rundt arbeidet som handler om å informere om musikkterapi, samt det å opptre som kompetent ovenfor arbeidsplassen. Enkelte informanter snakket om at musikkterapeuten har et ansvar om å tydeliggjøre ovenfor arbeidsplassen at det er behov for flere musikkterapeuter. Funnene kan gjenspeile hvilke forventninger en potensiell arbeidsgiver kan ha til musikkterapeuten. Informantene i denne studien er rekruttert med bakgrunn av at samtlige har vært med å implementere musikkterapi ved en arbeidsplass hvor det ikke har vært fast ansatt musikkterapeut tidligere. Det kan derfor antas at de ansatte ved arbeidsplassene ikke nødvendigvis har vært kjent med musikkterapi og dens funksjon i den aktuelle konteksten før musikkterapeuten ble ansatt. Mange på arbeidsplassen vil sikkert lure på blant annet hva musikkterapi i det hele tatt er, hvordan det praktiseres, hvordan det kan benyttes og hvilken behandlingsverdi det har. I det følgende skal vi gå nærmere inn på temaets undertemaer og informantenes opplevelser av egen rolle i implementeringsprosessen.

4.2.1 Synlighet

Informant 1 og 3 snakket i løpet av intervjuene om ulike måter de har vært synlig på arbeidsplassen og i lokalsamfunnet. Ut i fra hva informantene forteller, virker det som at musikkterapeutens synlighet, har vært, og er fremdeles, en viktig del av implementeringsarbeidet.

Informant 1 snakket om å spre musikkterapi ut i lokalsamfunnet. Utfra informantens uttalelser, kan det tyde på at ansvaret om å fremme musikkterapi i kommunen i stor grad ligger hos musikkterapeuten:

II: Hvor synlig gjør vi oss selv, sant? Hvor mye drivkraft klarer vi selv å skape, og hvor mye klarer vi selv å engasjere lokalsamfunnet, sant? Hvis jeg bare hadde sittet på kulturskolen, og på miljøhuset, og hatt 1 til 1, eller hatt en sang gruppe i ny og ne, så hadde det nok ikke blitt så synlig, sant...

Informanten uttrykker her at det ikke er tilstrekkelig å utelukkende praktisere musikkterapi innenfor helsetjenestens lokaler, men at en må jobbe utover, eller som informanten sier i intervjuet ”samfunnsmusikkterapeutisk”. Ved å arrangere konserter på institusjonen, på en festival eller på helsetjenestens lokaler, vil musikkterapien, i følge informanten, spres raskere. Informanten deler her ulike strategier om å nå ut til lokalsamfunnet:

I1: ... da må du liksom ta kontakt med lokalavisen, og du må snakke med ”de folka” for å få den konserten i gang, og du må gi flyers til fler folk enn du burde... altså du må jobbe litt på den måten... så langt så virker det som at når vi jobber på den måten så har det spredd seg ganske fort.

Formålet av å fremme musikkterapi på denne måten kan være mange. Informanten nevner blant annet at det å spre musikkterapi gjennom folkemunne er en viktig faktor og beskriver det som ”gjødsel til prosessen”. På denne måten mener informanten at musikkterapi kan nå frem hos nøkkelpersoner, som for eksempel kommunesjefene, og gjøre de mer tilbøyelig til å satse på musikkterapi:

I1: Og for å på en måte plante de små frøene i alle nøkkelpersonene, så må lokalbefolkningen vite om det. Det må være på folkemunne. Folk må snakke om ”eventet” som skjedde på ungdomsklubben eller på hotellet hvor det var en konsert hvor musikkterapi var involvert eller sant.

I intervjuet med informant 3 kommer det imidlertid frem at synlighet på selve arbeidsplassen også har vært viktig i forbindelse med implementeringen. Informant 3 mener at synlighet på avdelingen vil kunne bidra positivt når det gjelder rekruttering av pasienter:

I3: ... det har skjedd at pasienter som jeg har snakket med som ikke virker interessert kommer bort i etterkant når de ser at jeg går ut med pasienter med gitaren eller noter og virker mer interessert av den grunn.

Da jeg spurte informanten om hvorvidt denne synligheten er viktig i implementeringsprosessen presiseres det følgende:

I3: Nå er det veldig viktig syns jeg.

Som informanten her sier, så er synlighet en viktig faktor. Informanten snakker videre om at den synligheten som hen har lagt vekt på den første tiden, vil det i fremtiden bli mindre av i takt med økt etterspørsel av musikkterapi på de ulike avdelingene.

4.2.2 Informering om musikkterapi

Enkelte informanter snakket om informering av musikkterapi på arbeidsplassen i forbindelse med implementeringsprosessen. Informant 2 forteller å ha informert om musikkterapi i tidlig fase:

I2: ... før jeg hadde så mye praksis å vise til var det liksom... måtte fortelle om hva forskningen sa om effekt og at det er anbefalt å starte i så tidlig fase som mulig og prøve å informere mine kollegaer hva jeg kunne bidra med basert på forskning da.

Informanten snakker her om å informere rundt musikkterapiens effekt. Informanten melder også å ha informert om musikkterapi på fagdager og erfaringskafe om psykisk helse, hvor hen har holdt foredrag på alt mellom 7 til 45 minutter.

Etter at DPSet åpnet opp for FACT-team ble det, i følge informanten, større rom for musikkterapi å ta del i behandlingen. Hen mener at musikkterapeuter i utgangspunktet har en tilnærming som passer godt inn i FACT-modellen, og mener derfor teoretiske perspektiver fra musikkterapien kan være relevant å informere til de ansatte:

I2: ... vi passer veldig godt inn i et FACT-team i hvertfall men det trenger ikke nødvendigvis bety at vi endrer så mye vår arbeidsmåte, fordi vi er allerede ganske fleksible. Og DER tenker jeg... det har jeg litt lyst til... å holde en sånn internundervisning for FACT-teamet hvor jeg presenterer Health Musicking.

Videre snakkes det om at denne typen informering kan ses på som et relevant punkt innen implementering:

I2: ... jeg tror også at det er et perseptiv som de også kan lære av. Så da kommer jo jeg som musikkterapeut og lærer opp kollegaene mine. Det er jo også et punkt innenfor implementering.

Som vi ser utfra uttalelsene, så kan det se ut som at informanten vektlegger informering. Informanten mener det ikke er tilstrekkelig med fagdager, og at det må holdes kurs i for eksempel recovery:

I2: Det har vært fagdager om recovery her, men det er ikke nok på en måte. Det må kurses i det, det må en holdningsendring til tenker jeg.

Som informanten her presiserer, kreves det en holdningsendring på DPSet om å ha mer fokus på recovery, til tross for at FACT-teamet allerede har perspektivet inngrodd i arbeidsmetoden.

Tidligere ble det nevnt at musikkterapitilbudet i helsetjenesten hvor informant 1 arbeider ble startet som et resultat av to musikkterapistudenters praksisperiode i kommunen. I kjølevannet etter praksisperioden ble det arrangert et seminar hvor to profilerte musikkterapeuter³ fra en annen by holdt foredrag om musikkterapi:

I1: ... MT1 og MT2 var her og snakket med helsetjenesten... Det var vel egentlig sånn det begynte for alvor. Vi hadde... Vet du hva? Når du sier det... eller når jeg sier det, så tenker jeg at vi så inngangen til å huke oss på helsetjenesten i kraft av at MT1 og MT2 var på helsetjenesten for å snakke om musikkterapi.

I følge informanten bidro besøket til at helsetjenesten, samt bandet tilknyttet tjenesten, ble mer interesserte i musikkterapi. I tillegg til dette skapte besøket en forbindelse mellom helsetjenesten og musikkterapi miljøet hvor musikkterapeutene holdt til:

I1: Så de var her oppe og i forbindelse med det så snakket jo også samfunnsmusikkterapeutisk da. At de hadde lyst å få dette bandet her... til for eksempel spille konsert.

Som det kommer frem ved sistnevnte sitat, ble det forelest om samfunnsmusikkterapi og mulighetene for å få bandet fra helsetjenesten til å spille konsert på andre arenaer.

³ Musikkterapeutenes navn er anonymisert og omtalt som "MT1" og "MT2".

4.2.3 Behov for flere musikkterapistillinger

Både informant 2 og 3 gav uttrykk at det trengs flere musikkterapistillinger ved arbeidsplassen. Uttalelsene kan imidlertid tyde på at det foreligger et ansvar fra musikkterapeutens side om å tydeliggjøre behovet for musikkterapi ovenfor arbeidsplassen.

Informant 3 mener at det vil være behov for flere musikkterapeuter dersom en skal kunne møte pågangen informantene forutser musikkterapi vil ha i de ulike avdelingene. Informanten forteller om sitt drømmescenario vedrørende flere stillinger:

I3: ... mitt drømmescenario hadde vært at jeg kunne gått ned 20 prosent, og at det er 2 musikkterapeuter i 80 prosent. Det hadde klart å dekke det meste av behov. Det hadde fortsatt vært mange pasienter, men da kunne man dekket det behovet som er der. Tror jeg. Vi får se. Jeg har bare vært der en liten stund. Så hvor stort behovet er, er ikke helt stadfestet enda, men sånn som jeg ser det nå så vil nok 160 prosent vært veldig bra.

Til tross av at informantene er i startfasen mot å etablere et fungerende og strømlinjeformet musikkterapi tilbud ved klinikken, ser hen for seg at det vil være behov for minst én til musikkterapeut, men at hen, som sagt, må vise til at det er behov:

I3: Om fem år er det forhåpentligvis en til musikkterapeut der. Forhåpentligvis. I hvor stor stilling vet jeg ikke, men jeg håper litt på at om fem år så har jeg på en måte vist at det er behov for mer enn bare meg og at det dermed og er en musikkterapeut til som jobber der.

Informant 2 har jobbet ved DPSet i flere år, og gir uttrykk i løpet av intervjuet uttrykk for at musikkterapi tilbudet er blitt mer eller mindre strømlinjeformet. Men informantene opplever likevel at implementeringen enda ikke er kommet i mål:

I2: Vi er ikke ferdig å implementere (...) hvis det er det du spør om. Det er ikke nok med 1 musikkterapeut.

Informanten forteller i sitatet over at det ikke er nok med én musikkterapeut. Men å opprette nye stillinger kan, i følge informantene, være vanskelig:

I2: ... hvis du skal ansette en musikkterapeut så kan hen ta over tolv pasienter på en måte, mens en psykolog kan ha 50.... 40, sant. Det gjør at det blir vanskelig å implementere, å få fler musikkterapeuter. Men derfor så må det argumenteres for at det er et behov for oss.

Videre forteller informanten at det foreligger en ubalanse mellom kjønn blant musikkterapeuter innen psykisk helsevern:

I2: En annen ting at det at det nesten er ingen jenter... ingen damer innenfor psykisk helsevern... Så den der stereotypen med en sånn "rocka gutt"... Og det tror jeg kan ses på som... Det påvirker implementering av musikkterapi i psykisk helsevern fordi at lederne har et bilde av at det er sånn det skal være, tror jeg.

Som informanten forteller så kan stereotypien om en "rocka gutt" gi et misvisende og forutinntatt holdning om hvordan musikkterapi skal være. Ut ifra informantens refleksjoner, kan det tyde på at færre kvinner blir ansatt som musikkterapeut i psykisk helsevern på grunn av hvordan musikkterapi fremstår utad.

4.2.4 Kompetanse og selvsikkerhet

Informant 1 snakket en del om hvordan musikkterapeutens selvsikkerhet og faglig kompetanse kan ha innvirkning i hvorvidt kollegaer er tilbøyelig til å gi plass til musikkterapi. Dette var ikke et fremtredende tema hos informant 2 og 3, og blir derfor ikke inkludert i dette undertemaet.

Informant 1 sine uttalelser kan tyde på at kompetansen musikkterapeuten innehar, og hvorvidt hen fremstår som selvsikker i sitt fag, kan fungere som en døråpner for musikkterapien på arbeidsplassen:

II: Hvis du går inn i en situasjon med å utstråle en følelse av at dette "Det går bra. Jeg håndterer dette. Vi gjør sånn som dette", så rydder folk vei. De gir deg plassen du tar. De lar deg fikse og ordne.

Å fremstå som selvsikker, virker for informanten, å ha en positiv innvirkning på hvor mye plass arbeidsplassen lar hen ta. Man kan på mange måter trekke sammenligninger til andre yrker; det kan eksempelvis være rimelig å forvente at en sosionom kan sitt fag og er personen man først og fremst henvender seg til vedrørende pasienters arbeidssituasjon og økonomi.

For informant 1 kan det se ut som at det å fremstå som kompetent gjenspeiler den hierarkiske graden musikkterapeuten får i den aktuelle konteksten:

II: Med de jeg har jobbet med så virker det for meg som at du får til dels den hierarkiske graden som du på en måte fremstår som at du har...

Ettersom musikkterapi på helsetjenesten ikke er like etablert som andre veletablerte yrker, som leger, psykologer sykepleiere og vernepleiere, anså jeg det som hensiktsmessig å la informanten elaborere ytterligere rundt refleksjonene om "hierarkisk grad":

II: ... hvis jeg går inn nølende og etterspørrende og på en måte usikker, så etablerer det den hierarkiske graden jeg får i dette systemet. Men hvis jeg går inn i det som en på toppen av dette hierarkiet, så er det ingen som stiller spørsmål til det.

Informanten hevder at utdannelsen mye å si, men at det nødvendigvis ikke har noe med at hen er mer kompetent eller flinkere i sitt felt, noe det presiseres i følgende sitat:

II: Jeg kan se for meg at utdannelsen har noe med det å gjøre, ikke fordi at jeg er mer kompetent eller flinkere eller smartere enn de jeg jobber med fordi jeg har høyere utdanning, men fordi at jeg kom inn i den situasjonen høyere utdannet enn de rundt meg så er de mer tilbøyelig til å tenke at "Åja! Okei, hen vet sikkert hva hen gjør".

4.3 Musikkterapi

Informant 2 og 3 nevnte ulike musikkterapeutiske arbeidsmetoder som de benytter i musikkterapi praksis og . For informant 3 har den første tiden for det meste handlet om å etablere musikkterapeutiske aktiviteter. Dette innebærer å prøve ut forskjellige metoder og tilnærminger for å se hva som fungerer best i ulike kontekster. Informant 2 har jobbet som musikkterapeut i flere år. Musikkterapimetodene er derfor mer eller mindre etablert. Hen har også sett hvilke metoder som fungerer, og hva som ikke fungerer. I det følgende skal jeg presentere undertemaene *felleskap* og *musikk som helseressurs*.

4.3.1 Felleskap

På DPSet tilbys det gruppetimer ved døgnavdelingen og er åpent for alle å delta, selv om de ikke går til musikkterapi til vanlig. Gruppetimene beskrives av informanten som en "veldig løs metode", noe som åpner opp for at flere kan delta i aktiviteten gjennom å bare være tilstede, synge, og snakke:

I2: Vi spiller og folk kan være med å synge sammen, være med å synge eller de kan være med å spille instrumenter eller de kan bare sitte å høre på. Det er også greit liksom. Og der ser jeg det er flere pasienter som ikke liker å snakke på en måte og som har lite utbytte av samtaleterapi, men de møter opp gang på gang til gruppen da. Det tror jeg er litt fordi de kan være med i et fellesskap uten å egentlig måtte bidra med samtale.

I gruppetimene deltar det også en erfaringskonsulent og en sykepleier. Ettersom timene er åpent for alle pasienter å delta, er det ofte nye pasienter tilstede for hver gang. Informanten opplever derfor at det er fint å ha ansatte som kjenner pasientene bedre enn hva hen gjør selv:

I2: ... det er på en måte sykepleieren sitt ansvar å journalføre etter de timene der. For jeg kjenner ikke pasientene, og har ikke innsyn i journalene nødvendigvis. Og hvis det er noen pasienter som går ut av timen på grunn av at de blir berørt av noe, så er det sykepleieren sitt ansvar å gå ut og følge de opp. Også er det et fint blick som de har, for de kjenner jo pasientene for resten av uken, så da kan de se om de er noe mer deltakende i denne timen for eksempel.

Informant 3 har også hatt gruppeaktiviteter sammen med pasienter hvor de ansatte også er involverte:

I3: Dette skal være noe som vi gjør sammen. Den type aktivitet ser jeg på som en sånn fellesskapsbyggende, (...) relasjonsbyggende prosess der pasienter og personale samler seg rundt det å snakke om og spille musikk sammen og gjerne at pasienten får vist for personale andre sider av seg selv og andre kvaliteter enn bare å være en "pasient" og kanskje pasienten ser at personale ikke er bare kjipe folk som holder de innestengt, men at de og har erfaringer og tanker rundt musikk. Så det er litt målet med den.

Informanten nevner viktige momenter en gruppeaktivitet kan ha i den aktuelle konteksten. Hen beskriver aktiviteten som "fellesskapsbyggende" og "relasjonsbyggende" mellom pasienter og personalgruppen, og reflekterer over hvordan dette kan være positivt for dynamikken dem imellom. Som informanten er inne på, er kontrasten mellom pasient og personalgruppen store. Basert på informantens refleksjoner, kan det tyde på at aktiviteten kan bidra å minimere kontrastene mellom dem, og at de heller deltar i aktiviteten på likeverdige premisser. Videre påpeker informanten at ikke alle pasienter nødvendigvis passer inn i en gruppesammenheng:

I3: Men det går veldig mye ut på ønsket til pasientene også. Hva de har lyst til å gjøre. Hva de har mulighet til å gjøre. Altså, hvis du går inn i samfunnsmusikkterapien så handler mye om fellesskap og den type ting. Mange av disse pasientene som jeg har nå kunne ikke funket i en bandkostellasjon for eksempel, med andre pasienter, fordi de er såpass dårlige at det ville vært vanskelig for de å forholde seg til.

4.3.2 Musikk som helseressurs

Informant 2 forteller at hen jobber for det meste individuelt sammen med pasientene.

Informanten nevner en rekke metoder som brukes i individuelle timer. De individuelle timene består av både improvisasjon, musikklytting, rekreative metoder og samtale. Informanten forteller at timene ofte er en kombinasjon mellom samtale og musikk:

I2: Jeg har en som går til meg hvor vi alltid begynner liksom å snakke om hvordan uken har vært og om det er noe spesielt hen ønsker å ta opp også etter hvert så føler vi oss klar for å gå inn der å spille noen sanger. Da er det sanger hun har plukket ut som vi coverer og hun jobber med... I starten så jobbet hun med å klare å uttrykke følelser i sangen på en måte...for å få formidlet noe i sangen på en måte.

Musikken blir her brukt til å uttrykke følelser og formidle noe gjennom musikk. Informantens uttalelser tyder på at samtaler er vel så viktig som selve musikkaktivitetene:

I2: Ellers så går det mye i individuelle timer, hvor jeg har egentlig ganske mye samtale. Det er i hvert fall fifty-fifthy med de fleste. Men (...) Men musikken ligger der på en måte hele tiden som en mulighet.

Innlæring av nye instrumenter er også en metode som har blitt benyttet sammen med pasientene, samt musikklytting, både i musikkterapitimer og ellers i livet:

I2: det å lære å spille et instrument kan være givende for noen. Og da prøver jeg å liksom oppmuntre til å bruke musikken i hverdagen til å liksom ta frem gitaren og øve hvis det begynner å bli vanskelig, hvis det kommer noen symptomer eller prøve å gi noe verktøy enten om det er å spille noe eller om det er å lytte... lytte til musikk som en sånn helseressurs i hverdagen.

Her trekker informanten frem hvordan musikken kan bli brukt som en helseressurs i hverdagen. På denne måten kan pasienter få nytte av musikkterapien, også utenfor terapirommet.

Både informant 2 og 3 nevner improvisasjon som en sentral metode i sin praksis. Improvisasjon er metoden som er mest brukt hos informant 2:

I2: ... improvisasjon. Det bruker jeg. Og det bruker jeg kanskje mest med... det er i hvert fall flere veldig sånn lavt fungerende pasienter hvor jeg har brukt improvisasjon og hvor det har virket veldig meningsfullt, hvor det liksom... dialog og kommunikasjon i improvisasjon... ofte gitar og gitar.

Informanten har også benyttet improvisasjon i kombinasjon med visuelle virkemidler:

I2: ... hen så for seg og hvor jeg da etter hvert prøvde å gi lyd til de bildene på gitaren da...

F: Var det bilder hen hadde sett for seg der og da eller sånn ellers?

I2.: Jeg tror hen fortalte at hen hadde sett det dagen før eller at hen hadde drømt eller... også prøvde hen å beskrive det til meg, også lagde jeg liksom et sånn der lydbilde på gitaren også veiledet hen meg litt i det da. Og da sa hen etterpå at det var kult og at det var gått å få det ut... eksternalisere det på en måte... liksom gjøre det mer håndgripelig. At det ikke bare er ting hen ser for seg. Så improvisasjon er gull.

Improvisasjon kan, som vi ser i sitatet over, potensielt åpne opp for en arena for å uttrykke tanker og følelser der ord ikke strekker til. Informant 3 tilbyr også improvisasjon:

I3: En annen pasient som jeg har som ikke har noen erfaring med musikk fra tidligere, har sunget en del for seg selv... der og har jeg gått litt frem på samme måte der jeg spiller piano også synger vi sammen, men der har jeg fått inn litt improvisasjon på piano sammen. Jeg prøvde meg på det én gang, så viste det seg at pasienten likte det.

5.0 Drøfting

I denne studien har jeg undersøkt tre musikkterapeuters opplevelser av implementering av musikkterapi innen psykisk helsefeltet. Jeg skal nå drøfte analysens viktigste momenter opp mot relevante teoretiske perspektiver med hensikt om å bedre forstå informantenes refleksjoner. Hovedkategoriene som skal drøftes er *arbeidsplassen*, *musikkterapeutens rolle* og *musikkterapi*, sammen med tilhørende undertemaer.

5.1 Arbeidsplassens påvirkende faktorer

I analysen kom det tydelig frem at implementeringsprosessen i stor grad er preget av ulike indre og ytre faktorer som påvirker hverandre gjensidig. Analysen tyder på at alle informantene har hatt ulike forutsetninger når det gjelder økonomi, støtte fra kollegaer og ledelse, og tverrfaglige samarbeid.

5.1.1 Økonomiske faktorer

Økonomi var tilsynelatende en påvirkende faktor i flere av informantenes implementeringsprosess. De økonomiske problemstillingene informantene har måttet forholde seg til har generelt handlet om mangel på midler for å iverksette eller videreføre musikkterapeutiltak. Informantenes uttalelser kan tyde på at tilstrekkelige økonomiske ressurser er en avgjørende faktor for en vellykket implementering.

Økonomiske problemstillinger var svært fremtredende i intervjuet med informant 1. Informantens uttalelser handlet mye om å overtale kommunesjefene om å prioritere musikkterapi økonomisk. I motsetning til informant 2 og 3, som begge opplevde å få god økonomisk støtte, måtte informant 1 tidlig i implementeringsprosessen forholde seg til de økonomiske konsekvensene av kommunesammenslåingen. Kommunens økonomiske situasjon blir beskrevet som ”ille” og at det går ut over musikkterapiens utvikling i kommunen, til tross for at det foreligger stor interesse i helsetjenesten. I lys av Fixsens et al.s (2005) rammeverk for implementering, kan musikkterapiens økonomiske forutsetninger trolig gi negative konsekvenser for implementeringen av musikkterapi. Implementeringsprosesser er ofte påvirket av både lokale og statlige samfunnspolitiske faktorer som kommunale forhold (Fixsen et al. (2005). Det er derfor ikke utenkelig at den mangelfulle økonomiske forpliktelsen som foreligger i kommunen kan ha negative konsekvenser for musikkterapi i den aktuelle kommunen.

Informant 2 melder å ha fått god økonomisk støtte i starten, men har møtt på økonomiske utfordringer senere i implementeringsprosessen i forbindelse med videreføring og videreutvikling av musikkterapi til andre avdelinger på DPSet. Informanten har derfor måttet henvende seg til lederne ved de ulike avdelingene og direktøren for DPSet, hvor det foreligger en usikkerhet om hvem som sitter med beslutningsmakten om å utvide årsverkene. De andre avdelingene har uttrykt et ønske om å utforske og adoptere musikkterapi, samt anerkjenner behovet for å opprette nye musikkterapistillinger, men er hindret i å gjennomføre videre implementering grunnet mangel på finansiering. Sett fra teoridelens punkt 3.2.2 under *utforskning og adopsjon*, kan det se ut til at videreutviklingen av musikkterapi på DPSet stopper opp her da det ikke er fattet endelig beslutning om å innvilge finansiell støtte til utvidelse av musikkterapistillinger.

Informant 3 opplever å få god økonomisk støtte, og mener at den økonomiske investeringen klinikken har gått inn med kan opptre som et godt eksempel for klinikker på tvers av Norge og på den aktuelle arbeidsplassen. Etter hva Rogers (2003) beskriver som etterhølere, er det ikke utenkelig at andre ansatte, institusjoner og helseorganisasjoner etterhvert blir positivt innstilt.

Organisasjonene hvor informant 1 og 2 er ansatt i virker å være preget av både formelle og uformelle strukturer. I lys av Eriksson-Zetterquist et al.s (2014) beskrivelse av strukturene i punkt 3.1.5, vil man på en side kunne betrakte organisasjonene som meget formelle, i den grad at det er tydelig hvilket hierarkisk nivå som har myndighet til å foreta beslutninger. På den andre siden virker det som at organisasjonene også preges av uformelle strukturer, der det foreligger en usikkerhet om hvem som faktisk sitter på beslutningsmakten.

5.1.2 Støtte fra ledelse og kollegaer

I intervjuene kom det frem at informant 2 opplever stort sett å ha blitt godt mottatt av arbeidsplassen og at det er viktig for implementeringen å ha lederne med på laget. Trolig kan den positive holdningen fra ledelsen ha bidratt til at musikkterapi har blitt akseptert blant informantens kollegaer. I følge informant 2 var det flere ansatte som var skeptiske til ansettelsen av musikkterapeut og at de heller ønsket å ansette en sykepleier. Sykepleiere kan sies å være blant de mest etablerte profesjonene på DPSet. Ansatte er derfor godt kjent med hvordan sykepleiere jobber. Det kreves dessuten trolig ingen drastiske endringer ved å ansette flere sykepleiere. Den skeptiske holdningen kan ha bakgrunn i at de ansatte ikke hadde innsikt i hva musikkterapeutens rolle på DPSet kan bidra til. Når en organisasjon skal foreta en

endring, som for eksempel implementere nye behandlingstilbud, kan det oppstå konflikter og motstand, da mange innad i organisasjonen kan være lite villige til endringer (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). Informanten opplevde imidlertid å bli godt mottatt i starten, og de ansatte viste etterhvert stadig mer samarbeidsvillighet, noe informanten mener kan være resultat av at lederen viste mye støtte til musikkterapi i starten. Her kan det være interessant å trekke inn Fixsen et al.s (2005) beskrivelse av steget *innledende implementering*. Den sier at endringer (i dette tilfellet musikkterapi) over tid blir en akseptert praksis, samt blir en del av de daglige rutinene ved arbeidsplassen. Det er en forutsetning å ha støtte fra flere hold, som blant annet kollegaer og administrasjon. I lys av dette kan lederens støtte ha vært en essensiell faktor til at musikkterapien ble godtatt blant informantens kollegaer på DPSet.

Informant 2 fikk ved oppstart tildelt en erfaren sykepleier som veileder. Som nyansatt ved en arbeidsplass, må en tilpasse seg nye arbeidsrutiner og kollegaer, og kan sikkert på mange måter oppleves som overveldende for den nyansatte. Å ha en ”go-to”-person som kjenner til systemet kan tenkes å være positivt i dette tilfellet. Informanten nevner i intervjuet at det var ”*fint og trygt*”, å få tildelt en veileder. I implementeringsteori jamfør Fixsen et al. (2005) vil denne veilederen bli identifiseres som en formidler. En formidler er, som tidligere nevnt, den som sørger for at den nyansatte får tilstrekkelig opplæring og veiledning under implementeringen, og opptrer med lojalitet ovenfor den nye praksisen. Veilederen er imidlertid ikke den eneste formidleren. Alle personer som enten indirekte eller direkte jobber for å fremme praksisen, kan hevdes å være en formidler, eller som Ledger (2010) identifiserer de som – *gatekeepers*.

I Fixsen et al.s (2005) rammeverk for implementering, kan veiledere spille en elementær rolle under implementeringsprosessen, og skaper en direkte forbindelse mellom utøveren og organisasjonen. Veilederen informant 2 refererer til, har lang fartstid på DPSet og beskrives som erfaren, og gjenspeiler implisitt hvilken autoritet og hierarkisk posisjon vedkommende virker å være i. Her kan det være interessant å trekke paralleller til Eriksson-Zetterquist et al.s (2014) beskrivelse formelle og uformelle strukturer i organisasjoner. De hierarkiske nivåene mellom de ansatte gjenspeiler hvordan organisasjonen er strukturert, noe som kan påvirke organisasjonsmedlemmers atferd og holdninger. Informanten har som nevnt minst to lojale støttespillere tidlig i implementeringsprosessen; lederen og sykepleieren. Begge to virker å ha en autoritær og høytliggende rolle i systemet. Det kan tolkes dit hen at den hierarkiske posisjonen informantens støttespillere befinner seg i kan ha hatt innflytelse på de ansattes holdninger ovenfor musikkterapi ved implementeringens start. Personer med høy hierarkisk posisjon, uavhengig om de er ledere eller ikke, har vist seg å ha stor

påvirkningskraft når det gjelder implementeringsprosesser i musikkterapi, spesielt når det gjelder å sikre finansiell støtte (Ledger, 2010).

Informant 3 opplevde stort sett å bli godt mottatt ved arbeidsplassen, og at helsepersonellet har vært viktig i forbindelse med tilretteleggingen av musikkterapi på avdelingene. I lys av Fishers (1983) beskrivelser av avgjørende faktorer for vellykket implementering, vil det i informant 3 sitt tilfelle kan det være gunstig å benytte seg av helsepersonellet som ressurs for implementering, da miljøet kan være preget av diverse motkrefter og tverrfaglig rivalisering. I analysen kom det frem at informanten opplevde enkelte behandlere som lite behjelpelig når det gjaldt henvisning av pasienter til musikkterapi. Slik holdning kan være resultat av en rekke aspekter. Implementering skjer, som nevnt, over tid, og vil innebære å endre og innføre ferdigheter, omsette visjoner, ideer og teorier til praksis (Fixsen et al., 2005). Det er en læringsprosess for både utøveren og de ansatte, hvor endringen etterhvert skal integreres i de daglige rutinene. Det kan derfor tenkes at enkelte, ved implementeringens oppstart, kan oppleves noe skeptisk til endringer, spesielt når det er en helt ny praksis og fag ved den aktuelle konteksten. Som informanten presiserer, så er dette en læringsprosess som går begge veier. Det at informanten refererer det til som en *prosess*, kan indikere at samarbeidet vil gå gjennom et forløp eller en utvikling, gjennom flere stadier, hvor musikkterapi etterhvert vil bli integrert og akseptert i organisasjonens rutiner.

I analysen kommer det frem at informant 1 arbeider mer eller mindre selvstendig og legger ikke bemerkelsesverdig mye vekt på viktige støttespillere i implementeringsarbeidet. Utfra informantens refleksjoner kan det likevel virke som at helsetjenestens ansatte og brukernes engasjement og motivasjon for musikkterapi kan bidra positivt til implementeringsprosessen. Som nevnt i teoridelen, så kan personalets tidligere involvering i prosessen gi positive ringvirkninger når det gjelder selve beslutningen om å iverksette innovasjoner i organisasjoner (Fixsen, et al. 2005), noe som kan bli tilfellet ved informant 1 sin arbeidsplass.

5.1.3 Tverrfaglig samarbeid

I analysen kom det frem at samtlige informanter arbeider med flere yrkesgrupper, som leger, psykologer, sykepleiere, vernepleiere, sosionomer og assistenter. Enkelte arbeider tett sammen i team mens andre arbeider relativt selvstendig. Informant 1 har jobbet tett med sykepleiere og vernepleiere, og ser for seg et mer omfattende samarbeid som inkluderer både LAR, DPS og institusjoner som behandler psykose. Informanten snakket ikke eksplisitt om

hvordan det tverrfaglige samarbeidet foregår. Temaet var derfor ikke særlig fremtredende. Det skal likevel nevnes at musikktilbudet i stor grad har vært driftet av de ansatte ved helsetjenesten, som også samarbeider med musikkterapeutene om videre drift.

I intervjuet med informant 2 kommer det frem at musikkterapi i starten ikke fikk tilstrekkelig plass i teammøtene, da møtene hovedsakelig handlet om medisiner og andre praktiske temaer rundt pasientene. Musikkterapi ble derfor mindre prioritert enn de andre profesjonene og gjenspeiler det formelle maktforholdet på institusjonen (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). Men med av opprettelsen av FACT-team, fikk musikkterapi en større rolle i det tverrfaglige arbeidet, noe som kan ha å gjøre med at musikkterapeuter deler mange av de samme behandlingstilnærmingene som FACT-modellen.

Recovery-perspektivet er godt forankret i musikkterapeutisk praksis, og har i de siste årene blitt stadig mer aktuelt i behandling innen psykisk helsefeltet (Øvernes, 2017; Solli, 2012). Perspektivet er, som tidligere nevnt, tuftet på det salutogenetiske perspektivet, som kan ses på som en motsats til det tradisjonelle medisinske perspektivet, patogenese. Vi kan spekulere i hvorvidt de motsettende perspektivene kan ha påvirkning i musikkterapeutens innpass i et system med veletablerte medisinske profesjoner. Informant 2 opplevde eksempelvis for alvor å få en større stemme først etter opprettelsen av FACT-team. Det kan her være relevant å trekke inn Jacobsen & Thorsvik (2013) sin definisjon på organisasjon: ”... et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål” (s. 18). FACT-modellen har en brukerorientert tilnærming hvor en tar hensyn til pasientens styrker og ressurser, og søker å møte pasientens på dens premisser (Veldhuizen, 2013). I lys av nevnte definisjon vil vi kunne forstå FACT-teamet som en form for organisasjon, hvor de ansatte har som formål å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål gjennom tilpassede metoder. Hver av organisasjonsmedlemmenes kvaliteter vil her bli ansett som essensielle når det skal utføres bestemte oppgaver (Eriksson-zetterquist et al., 2014). Musikkterapeutenes faglige kompetanse og teoretiske forankring kan sies å passe godt inn i beskrivelsen av FACT. Det er derfor ikke utenkelig at DPSet anser musikkterapi som en verdifull ressurs i FACT-teamet.

Gjennom analysen kommer det frem at informant 3 har hatt dialog med behandlere, spesielt gjennom det elektroniske journalsystemet, og samarbeider, i likhet med informant 1 og 2, tett med helsepersonell, som inkluderer sykepleiere, vernepleiere og assistenter. Gjennom journalsystemet, som også informant 2 benytter flittig, åpnes det opp for ytterligere samarbeid mellom de ulike profesjonene. Her får musikkterapeuten lese rapporter vedrørende pasienter, samt rapportere om musikkterapitimene. Musikkterapeuter er nødvendigvis ikke

tidligere opplært i journalføring og det er heller ikke en opplæring som tilbys ved musikkterapistudiet, med mindre man får det gjennom praksissituasjoner. Likevel kan det virke som at journalføring er et essensielt verktøy i kontekst av psykisk helsearbeid når det gjelder tverrfaglig samarbeid. Musikkterapeuter må derfor opptre med endringsvillighet og gode samarbeidsevner, samt sette seg inn i nye og ukjente arbeidsmetoder som man gjerne ikke har erfaring i fra før av, for å oppnå et best mulig samarbeid. Det kan her være relevant å trekke linjer til Taylors (1911) syn på samarbeid i organisasjoner som sier at samarbeid mellom individer vil gi best mulig resultater. Dessuten vil et godt samarbeid også være viktige forutsetninger for at implementering lykkes (Fisher, 1983).

5.2 Musikkterapeutens rolle

Informantene hadde alle interessante refleksjoner som omhandlet egen rolle i implementeringsprosessen. Refleksjonene om egen rolle var fremtredende, noe som utgjorde temaets undertemaer; *Synlighet, Informering om musikkterapi, Behov for flere musikkterapistillinger og kompetanse og selvsikkerhet*. Funnene kan tilby en forståelse for hva som kan forventes av musikkterapeuten i en implementeringsprosess, og at det nødvendigvis ikke er "bare å begynne" i en stilling hvor alt er lagt til rette for terapeutisk praksis. Funnene viser at informantene i stor grad har måttet handle og arbeide på nye måter, og har møtt på utfordringer hvor de enkelte har måttet tenke kreativt og løsningsorientert.

5.2.1 Synlighet

Gjennom analysen blir det tydelig at informantene har lagt vekt på å synliggjøre musikkterapi både innad i organisasjonen, men også utenfor organisasjonens dører. Informant 1 har fokusert en god del på å spre musikkterapien ut i lokalsamfunnet og engasjere ulike samfunnsaktører, som lokalavisen og spillesteder, og trekker frem folkemunne som en essensiell ressurs. Hen legger eksempelvis vekt på samfunnsmusikkterapi og arbeide utenfor helsetjenestens lokaler. En slik form for samfunnsrettet musikkterapi har vi også sett andre steder i landet, som for eksempel i arbeidet med MIFF og MOT82-prosjektet (Bjotveit, Wormdahl & Tuastad, 2016; Tuastad, 2014, Finsås & Tuastad, 2008). Informantens tilnæringsmetode kan minne om PREPARE-akronymets aktivistbegrep, der musikkterapeuten kan ses på som en aktiv brobygger mellom de ulike samfunnsaktørene i lokalmiljøet (Stige & Aarø, 2012). De økologiske samfunnsstrukturene påvirker musikkterapeuttilbudet på flere måter, og som analysen tilsier, så blir musikkterapi og dens

utvikling, påvirket kommuneledelsens beslutninger om fordeling av økonomiske ressurser. Ved å engasjere lokalavisen, konsertscener og lokalbefolkningen, vil musikkterapi bli mer synlig og potensielt gi større påvirkningskraft i kommuneledelsen. Dette vil igjen gi ringvirkninger til musikkterapeutilbudet helsetjenesten forsøker å implementere. Sett fra et utviklingsøkonomisk perspektiv (Bromfenbrenner, 1979), vil beslutninger og handlinger i eksosystemet (kommunen, lokalavisen) virke inn på meso- (helsetjenesten) og mikrosystemet (primærgruppe, musikkterapi). Musikkterapeutens rolle i det hele vil derfor være å skape en forbindelse mellom de ulike samfunnsstrukturene.

Informant 3 har tilbrakt en del tid på avdelingene med hensikt om å være synlig ovenfor pasientene, noe som har vært positivt med tanke på rekruttering av pasienter til musikkterapi. I stedet for å vente på at pasienter skal komme til musikkterapirommet, virker det som at informanten anser som hensiktsfullt å oppsøke pasienten der de er. Pasientene på klinikken bor på avdelingen under behandling, og ettersom at de befinner seg på en akuttpsykiatrisk post for behandling av psykose, er det en rekke regler på klinikken å forholde seg til. Enkelte pasienter har ikke tilgang til å gå ut av avdelingen, og de som har tilgang til det, må ofte ha med seg følge av minst ett helsepersonell. Enkelte pasienter kan, i følge informanten, også være for dårlig til å delta på for eksempel gruppeaktiviteter. I tråd med det samfunns- og recovery-orienterte perspektivet, vil det være meningsfullt for musikkterapeuten å tilpasse seg individets livssituasjon og den sosiale og samfunnsmessige konteksten (Stige, 2008), noe som virker å være tilfellet for informanten.

Informering om musikkterapi 5.2.2

Et viktig ledd i implementering er opplæring (Fixsen et al. 2005). Utøveren må for eksempel læres opp i arbeidsplassens rutiner, mens arbeidsplassen må gjerne læres opp i den nye praksisen som skal omsettes. I intervjuet med informant 2 kommer det frem at informering om musikkterapi var viktig i starten av ansettelsen, da det ikke var praksis å vise til. Nå som musikkterapi har blitt mer eller mindre etablert ved DPSen og musikkterapi har fått tatt større del i behandlingen, kan det tyde på at det blir mer aktuelt å informere ytterligere om musikkterapi og relevante perspektiver. I intervjuet med informant 1 kom det frem at informering av musikkterapi har bidratt til at helsetjenesten og kommunen har blitt interesserte i bruken av musikkterapi. Med bakgrunn av dette ser vi at informering og innlæring av musikkterapeutiske perspektiver har vært en viktig del av implementeringsprosessen. Vi kan trekke paralleller til Fixsen et al.s (2005)

implementeringsmodell, hvor opplæring utgjør én av tre komponenter, kalt implementeringsdrivere. På samme måte som at musikkterapeuten må sette seg inn i nye rutiner og nye arbeidsmetoder, må også de andre ansatte opparbeide seg en forståelse i den nye praksisen. Musikkterapeuten vil, i tillegg til enkelte ansatte, derfor også identifiseres som en formidler, slik som beskrevet i Fixsen et al.s (2005) implementeringsmodell.

Ettersom musikkterapi er et såpass ungt felt som i stor grad handler om implementerings- og utviklingsarbeid, vil det være stor sjanse for at man må informere om fag og praksis på arbeidsplassen. Hvilke stillingsinstruksjoner og hva musikkterapeutens rolle i organisasjonen vil være, samt hva dens arbeidsoppgaver skal være, virker å være formet i takt med implementeringsprosessen, og er ikke forhåndsbestemt i motsetning til andre mer etablerte profesjoner. Organisasjonen kan eksempelvis ha en forutinntatt holdning om musikkterapi som ikke nødvendigvis samsvarer med hva musikkterapi i realiteten er, i likhet med Eriksson-Zetterquist et al.s (2014) beskrivelse av formelle og uformelle organisasjoner.

5.2.3 Behov for flere musikkterapistillinger

Informant 2 og 3 forteller i intervjuet at det er behov for flere musikkterapistillinger. Behovet er forbundet med å kunne dekke den økende pågangen i musikkterapi, og at de selv ikke har, eller kommer til å ha, kapasitet til å dekke behovet for musikkterapi. Begge har uttrykt at behovet må argumenteres for og vises til. I lys av Fixsen, et al.s (2005) bærekraftig videreføring, vil videreføring av musikkterapi innebære å opprettholde praksisen stabilt over en lengre tidsperiode, samt kunne tilpasse det til skiftende kontekster. Dette kan for eksempel innebære å tilpasse seg den økende pågangen i musikkterapi ved å for eksempel opprette flere stillinger. Som informant 2 også har snakket om, så er det blitt opprettet FACT-team på DPSet. Man kan spekulere om opprettelsen av FACT-team kan gi negative konsekvenser for andre avdelingers muligheter til å benytte seg av musikkterapi, da mye av informantens tid vil gå til implementering av musikkterapi i FACT. Omvendt kan implementeringsprosessen i FACT bli negativt påvirket dersom det ikke avsettes nok tid til arbeidet, noe som vil være i strid med Fixsen et al.s (2005) implementeringssteg under praksisinstallasjon.

Vi kan tenke oss at man ikke vil kunne tilby et fullverdig og helhetlig tilbud dersom "alle" vil ha musikkterapi. Vi kan trekke linjer til forholdet mellom organisasjonsledelsens rasjonelle og irrasjonelle beslutningsvalg i forbindelse med opprettelse av nye musikkterapistillinger kontra for eksempel sykepleierstillinger. I en bedrift vil det, som tidligere nevnt, anses som rasjonelt å kutte i kostnader for å spare penger, men samtidig

irrasjonelt ved at noen mister jobben som følge av kuttet (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). På samme måte kan vi se for oss at ansettelsen av enda en musikkterapeut anses rasjonelt for å dekke behovet for musikkterapi, men vil samtidig være irrasjonelt, da det kan påvirke en eventuell ansettelse av en sykepleier.

Informant 2 nevner også problematikken bak den stereotypiske ”rocka” mannlige musikkterapeuten som er utpreget i DPSene, og at den må likestilles. Som Eriksson-Zetterquist et al. (2014) påpeker, så er organisasjoner en arena hvor kjønnsstereotyper skapes og etableres. Utfra informantens refleksjoner kan det tyde på at samfunnsmusikkterapien og hvordan den betraktes utad, kan gi en forutinntatt holdning om at musikkterapeuten er av det mannlige kjønn, som videre kan gi negative ringvirkninger for implementering av musikkterapi og kjønnsbalanserte stillinger.

5.2.4 Kompetanse og selvsikkerhet

Informant 1 snakket under intervjuet at kompetansen hen innehar og hvorvidt hen fremstår som selvsikker, kan ha positiv innvirkning i hvordan hen blir behandlet på arbeidsplassen. Det kom frem at dersom hen fremstår som selvsikker i ulike situasjoner, er folk mer tilbøyelig til å rydde vei for musikkterapi. Det kom også frem at høyere utdanning også kan bidra til høyere kredibilitet på arbeidsplassen.

Det er usikkert hvor informant 1 befinner seg i det hierarkiske systemet på arbeidsplassen, og at det derfor kan være vanskelig å definere hvilken rolle musikkterapeuten har. Informanten virker å stå på et høyere hierarkisk nivå sammenlignet med informant 2 og 3, da hen virker å ha større myndighet til å foreta ulike valg, som hvordan musikkterapi skal praktiseres og fremmes. Hen påpeker også at rollen ville utartet seg forskjellig på DPS. På DPS og psykiatrisk klinikk er musikkterapeutene i større grad underlagt sine ledere og helsepersonell, og må tilpasse seg institusjonenes rutiner og regler. I kommunehelsetjenesten virker det ikke som at musikkterapeutene behøver å forholde seg til disse rutinene. Basert på hvordan informant 1 opplever sin hierarkiske posisjon i systemet, virker det for meg som at hen har en mer uformell rolle i forhold til informant 2 og 3. Selv om den formelle stillingsinstruksen forteller hvilken rolle musikkterapeuten skal ha, gjenspeiler den uformelle strukturen hvordan musikkterapeuten i realiteten jobber i praksis (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

5.3 Musikkterapi

Enkelte informanter snakket om hvilke arbeidsmetoder de benytter ved arbeidsplassene. Informant 2 og 3 nevner blant annet å benytte fellesaktiviteter og om de helsemessige fordelene aktivitetene kan fremme. Mange av deres refleksjoner kan ses i sammenheng med samfunnsmusikkterapi, ressursorientert musikkterapi og recovery-orienterte tilnærminger.

5.3.1 Fellesskap

Gjennomgangen av intervjumaterialet vedrørende informantenes opplevelser og refleksjoner rundt musikkterapeutiske arbeidsmetoder under implementeringsprosessen, viser at musikkterapi kan tilby et lavterskeltilbud der ”alle” kan delta, uten at man må delta aktivt for å få utbytte av det. Uttalelsene tyder på at fellesaktiviteter kan bidra til å likestille forskjellene mellom de ansatte og pasientene.

Informantenes metoder kan minne om en samfunnsmusikkterapeutisk tilnærming. De legger vekt på fellesskap, relasjonsbygging og deltaking, noe som kan knyttes til Stige & Aarøs (2012) beskrivelser av samfunnsmusikkterapiens kvaliteter. Sett fra et samfunnsmusikkterapeutisk perspektiv, vil fellesaktivitetene informantene refererer til, bidra til at pasientene skal kunne stimulere deres ressurser i et likeverdig samspill med helsepersonell, noe som kan føre til at forskjellene mellom dem blir mindre. Samtidig kan gruppeaktivitetene åpne opp for at flere pasienter kan komme i kontakt med sitt økologiske system, uten å aktivt ta del i aktivitetene. Institusjonene og helsetjenesten hvor pasientene er tilknyttet kan ses på som deres nærmiljø, eller mikrosystem, som både medpasienter og helsepersonell er en del av. Etersom dette er en del av deres hverdagsliv, vil nærhet og inkludering til sitt nærmiljø tenkes å spille en viktig rolle i deres bedringsprosess, da det psykososiale og kollektive miljøet er en viktig del av menneskets helse (Stige & Aarø, 2012; Chhina, 2004; Bronfenbrenner, 1979).

5.3.2 Musikk som helseressurs

Flere informanter snakker om bruk av improvisasjon i musikkterapi, og at musikk kan være et verktøy for å uttrykke følelser. Informant 2 bruker en rekke metoder i individuelle timer, men poengterer at samtaler blir like vektlagt som musikken. Både informant 2 og 3 arbeider med en recovery-orientert tilnærming i møte med pasientene, hvor de tar stilling til pasientenes preferanser i timene. Hvordan musikkterapitimene utarter seg er derfor opp til pasientene.

Selv om recovery-begrepet har fått ta større del i psykisk helsevern de siste årene, for eksempel gjennom Nasjonal faglig retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013), så kan det virke som enkelte pasienter ikke er vandt til tilnærminger hvor de får ta aktiv del i behandlingsprosessen. Dette gjenspeiler kanskje hvor sterkt det patogenetiske helsesynet, samt hvor ukjent salutogenetisk-tuftet perspektiver, er i behandling på psykiatrisk klinikk og DPS. Som det kommer frem i analysen, så opplever informant 2 og 3 at det er mye fokus på blant annet medisinerer på psykiatrisk klinikk og DPS. Informant 3 opplever at det foreligger mye fokus på ”å fikse” pasientene, fremfor å fokusere på hvordan de selv opplever bedring og at det er opp til dem å bestemme hva som er riktig for de i behandlingsforløpet. Etter hvordan informantene beskriver det, så kan behandlingskulturen ved psykiatrisk klinikk og DPS minne om det Slade (2009) omtaler som klinisk recovery, hvor formålet er å bli frisk og symptomfri. Klinisk recovery er, som nevnt i punkt 3.3, ofte forbudt med det tradisjonelle medisinske helsesynet patogenese, som kan forstås som salutogeneses motsats (Williamson & Pearse, 1966; Antonovsky, 1979). Mens i perspektiver med utspring fra salutogenese, slik som recovery, er det mye fokus på individets sterke sider og hva som gjør de rustet til å mestre sykdommen, samt fokus på den enkeltes opplevelse av bedring (Solli, 2012). Denne tilnærmingen virker å stå sterkt i informant 2 og 3 sitt tilfelle.

For at recovery i større grad skal bli en del av det helhetlige behandlingstilbudet kreves det, i følge informant 2, en holdningsendring på DPS. Som tidligere nevnt, kreves det en holdningsendring hos de ansatte dersom implementering skal være vellykket (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). Med bakgrunn av dette kan det også tenkes at det vil kreves en holdningsendring hos de ansatte på psykiatrisk klinikk dersom informant 3 skal kunne fullt implementere musikkterapi. Det samme gjelder for informant 1 og implementering av musikkterapi i kommunen, hvor det vil kreve en holdningsendring hos kommunesjefene for at musikkterapi får praktiseres fullt ut.

6.0 Konklusjon

I denne studien har jeg intervjuet tre musikkterapeuter om deres opplevelser av å være med å implementere musikkterapi ved kommunehelsetjenesten, DPS og psykiatrisk klinikk. For å besvare problemstillingen valgte jeg å gjennomføre en kvalitativ studie hvor jeg foretok individuelle semi-strukturerte intervjuer som jeg deretter analyserte tematisk. Gjennom den tematiske analysen ble datamaterialet delt inn i tre ulike hovedtema: 1) *Arbeidsplassens påvirkende faktorer*, 2) *Musikkterapeutens rolle* og 3) *Musikkterapi*. Alle hovedtemaer var bygget opp av en rekke undertemaer. Funnene ble videre diskutert i lys av teorier fra organisasjonsteori, implementeringsteori, samfunnsmusikkterapi og recovery.

Problemstillingen er, som tidligere nevnt:

Hvordan opplever musikkterapeuter implementering av musikkterapi i psykisk helsefeltet?

Informantenes opplevelser tilbyr flere interessante funn vedrørende implementeringsprosesser innen psykisk helse. Siden jeg intervjuet tre ulike informanter fra tre ulike institusjoner, hadde svarene deres både likheter og ulikheter. Jeg får inntrykk av at implementeringsprosessen utartet seg ulikt avhengig av hvilke forutsetninger musikkterapeutene hadde ved arbeidsplassene og hvordan organisasjonen var strukturert. Det kom tydelig frem at de økonomiske forutsetningene hos de enkelte hadde stor innvirkning i innledende implementeringsprosess og ved videreutvikling av musikkterapitilbud. Tilstrekkelig finansiering var her en viktig faktor. Økonomisk trygghet og støtte var særlig påvirket av beslutninger gjort på ledernivå, og at det derfor ville være fordelaktig å skape og opprettholde gode relasjoner til direktører, avdelingsledere, kommunesjefer og andre personer i høy hierarkisk posisjon. I tillegg til dette kan den økonomiske investeringen helseorganisasjoner går inn med gi positive signaler til andre institusjoner om at musikkterapi kan være verdt å satse på.

Studien har vist at støtte fra kollegaer og ledelse er viktig særlig i starten av implementeringen. Å ha en dedikert og lojal veileder, samt støtte fra ledelse, kan være en fordel for å fremme gode holdninger i arbeidsmiljøet ovenfor musikkterapi. En veileder vil også kunne tilby tilstrekkelig opplæring og veiledning under implementeringsprosessen. De viktige støttespillerne kan, i lys av implementeringsteori, identifiseres som en *formidler* og kan spille en viktig rolle under implementeringsprosessen. Videre kan alle som fremmer musikkterapi, også betraktes som formidlere.

Det kan virke som at musikkterapi har fått større fotfeste i det tverrfaglige miljøet. Dette gjelder spesielt på DPS og psykiatrisk klinikk. Eksempelvis har opprettelsen av FACT-team trolig bidratt til at musikkterapi har fått ta mer plass i tverrfaglige samarbeid, noe som har åpnet opp for at musikkterapeutiske perspektiver og metoder i større grad blir anvendt og implementert i behandlingstilbudet. Dette kan ha å gjøre med at FACT-modellen deler mange fokusområder som musikkterapi, som for eksempel fokus på recovery, ressurser og fungering i samfunnet.

I kommunal sammenheng har mye av implementeringsarbeidet handlet om å engasjere ulike samfunnsaktører og nå ut i lokal samfunnet for å fremme musikkterapi. Dette knyttes videre til aktivistbegrepet i PREPARE-akronymet (Stige, 2012). Musikkterapeuten har derfor i større grad fungert som en aktiv brobygger mellom de ulike samfunnsaktørene og helsetjenesten, i motsetning til informantene tilknyttet psykisk helsevern. I psykiatrisk klinikk har det vært mer fokus på å være synlig i pasientenes livsverden, noe som innebærer å tilbringe tid på avdelingene og ha en oppsøkende tilnærming til pasientene.

Studien har også vist til funn som tilsier at informering om musikkterapi har vært viktig for å formidle musikkterapiens funksjon og hvordan den kan anvendes i praksis. Recovery-perspektivet og samfunnsmusikkterapi kan oppfattes som noe fremmed for både ansatte og pasienter, da det virker som at institusjonenes (DPS og psykiatrisk klinikk) helsesyn i større grad peker i retning patogenese og klinisk recovery. Likevel er det enkelte behandlingstilbud som deler flere av de samme perspektivene som musikkterapeutene, som for eksempel FACT-modellen, hvor recovery-tilnærmingen og pasienters fungering i samfunnet vektlegges. Det presiseres forøvrig at det kreves en holdningsendring dersom musikkterapi skal implementeres ytterligere.

Noen av informantene opplever at deres stillingsprosent ikke dekker den økende pågangen i musikkterapi, og at årsverkene derfor må utvides. Funnene viser også at enkelte opplever kjønnsubalanse blant musikkterapeuter i psykisk helsevern, noe som kan ha negativ innvirkning for videre implementering med et kjønnsbalansert musikkterapi-miljø.

Studien har vist at enkelte opplevde at kompetanse og selvsikkerhet kan forme den hierarkiske posisjonen musikkterapeuten får på arbeidsplassen. Hvordan musikkterapeuten fremstår i møte med kollegaer og ledelse kan i enkelte tilfeller påvirke musikkterapeutens handlemuligheter i praksis.

Til slutt, så har studien gitt innblikk i ulike musikkterapeutiske metoder som har blitt brukt ved informantenes arbeidsplasser. De har reflektert over musikkterapiens funksjon og hvilken behandlingsverdi det kan ha.

7.0 Kritikk av egen studie og veien videre

Denne studien ble gjennomført med formål om å undersøke hvordan musikkterapeuter har opplevd implementeringsprosessen av musikkterapi i psykisk helsefeltet. En kritikk verdt å trekke frem er det begrensede utvalget av informanter. Det ville vært fordelaktig å inkludere flere musikkterapeuter fra flere institusjoner innen psykisk helsefeltet. Slik kunne studien tilbudt et bredere empirisk grunnlag. I tillegg til dette så ville det vært interessant å intervjuer både helsepersonell og ledere om deres erfaringer og opplevelser av implementering av musikkterapi.

Videre kritikk kan rettes mot studiens sprikende funn. Ettersom jeg intervjuet tre ulike musikkterapeuter om deres subjektive opplevelser, så kom det naturligvis frem funn med både likheter og ulikheter. En måte jeg kunne forhindre dette på, er å ha satt ytterligere avgrensninger om hva slags type opplevelser studien undersøkte. Studiens funn kan derimot gi et innblikk i opplevelser og erfaringer som ville vært interessant å undersøke spesifikt i videre forskning.

Mitt forslag til veien videre når det gjelder implementering av musikkterapi i nye kontekster, er at det bør gjennomføres flere studier som tar opp tematikken. Basert på hva jeg finner av litteratur som spesifikt dreier seg om implementering av musikkterapi i norsk kontekst, finner jeg veldig lite. For mange nyutdannede musikkterapeuter vil første møte med arbeidslivet ofte innebære å etablere musikkterapi ved en arbeidsplass det ikke har vært musikkterapi tidligere. Det ville derfor vært fordelaktig for musikkterapistudenter å få innføring i hvordan musikkterapi bør implementeres og hvordan organisasjoner er strukturert. Jeg får derimot inntrykk av at implementering er et aktuelt tema i musikkterapimiljøet og som stadig vekkes mer vekt på i enkelte emner i musikkterapistudiet.

Referanseliste

- Andersen, J. A. (2009). Organisasjonsteori. *Fra argument og motargument til kunnskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery form mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. Hentet fra <http://psycnet.apa.org.pva.uib.no/fulltext/1993-46756-001.pdf?sr=1>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco; London: Jossey-Bass.
- Askeland, H. (2013). *Hvordan forstå organisasjoner og ledelse av organisasjoner?*. Rapport (Vol. 2013/10). Oslo: Diakonhjemmet Høgskole. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/98637>
- Bjotveit, A., Wormdahl, E. D. & Tuastad, L. (2016). Evaluering av prosjektet MOT82. Bergen: Bjørgvin DPS. Hentet fra <https://helse-bergen.no/seksjon/bjorgvin%20dps/Documents/evalueringssrapportENDELIGMOT82.pdf>
- Busch, , T., Vanebo, O. J. og Dehlin, E. (2010). *Organisasjon og organisering* (6. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Reasearch in Psychology*. 3 (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- Bree, R. T & Gallagher, G. (2016). Using Microsoft Excel to code and thematically analyse qualitative data: a simple, cost-effective approach. *All Ireland Journal of Higher Education*. Vol 8, No 2. Hentet fra <https://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/281>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Bruscia, K. (1998) *Defining music therapy*. 2. utg. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (2014). *Defining Music Therapy*. 3. utg. University Park, IL: Barcelona Publishers.
- Chhina, C. (2004). Music therapy and psychosocial rehabilitation: Towards a person-centered music therapy model. *Canadian Journal of Music Therapy*, 11, s. 8-30.
- Clarke, V., Braun, V. & Hayfield, N. (2015). Thematic analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. (s. 222-248). Thousand Oaks, California: SAGE Publications Inc.

- Crotty, M. (1998). *The foundations of social research: Meaning and perspective in the research process*. London: Sage Publications.
- Due, F. B. (2017). *Implementering av et musikkterapitilbud ved en barneklinnikk: en fokusert etnografisk studie*. Masteroppgave. Universitetet i Bergen. Hentet fra <http://hdl.handle.net/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). Hentet fra <https://doi.org/10.15845/voices.v18i2.963>
- Dostal, R. J. (2002). *The Cambridge Companion to Gadamer*. Cambridge University Press.
- Evensen, G. H. & Fleiner, L. R. (2019, 15. februar). Populært med musikkterapi i FACT-team. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Hentet fra <https://www.napha.no/content/23075/Populart-med-musikkterapi-i-FACT-team>
- Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T., Styhre, A., & Woll, K. (2014). *Organisasjonsteori*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Finansdepartementet. (2010). Statsbudsjettet 2010. Regjeringen Stoltenberg II. Hentet fra <https://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2010/Dokumenter/Fagdepartementenes-proposisjoner/Helse--og-omsorgsdepartementet-HOD/Prop-1-S/Del-3-Omtale-av-sarlige-tema/8-Opptappingsplanen-forpsykisk-helse-1999-2008/>
- Finsås R. R. og Tuastad L. (2008). *Jeg fremfører, altså er jeg. En studie av deltakernes opplevelser i to rockeband tilknyttet musikktilbudet «Musikk i fengsel og frihet»*. Masteroppgave ved Griegakademiet, Institutt for musikk, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Fisher, D. (1983). The going gets tough when we descend from the ivory tower. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, Vol. 3, s. 249-255. USA: Pergamon Press. Hentet fra [https://doi.org/10.1016/0270-4684\(83\)90019-8](https://doi.org/10.1016/0270-4684(83)90019-8)
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F. & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. Vol. 19. (5). s. 531-540. National Implementation Research Network, University of North Carolina-Chapel Hill. DOI: 10.1177/1049731509335549
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. (FMHI Publication #231). Tampa, Florida: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network. Hentet fra <http://ctndisseminationlibrary.org/PDF/nirnmonograph.pdf>

- Fuhr, G. (2019, 24. juni). Musikkterapi i rus- og psykisk helsefeltet. Musikkterapi. Hentet fra <https://www.musikkterapi.no/arbeidsfelt/2019/6/9/musikkterapi-i-rus-og-psykisk-helsefeltet>
- Fullan, M. (2007). *The New Meaning of Educational Change* (4. utg.). London, New York: Routledge.
- Geretsegger, M., Mössler K. A., Bieleninik, Ł., Chen, X. J., Heldal T. O. & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 5. Art. No.: CD004025. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub4.
- Gold, C. (2007). Music therapy improves symptoms in adults hospitalised with schizophrenia. *Evidence-based mental health*, 10(3), 77. Hentet fra <https://doi.org/10.1136/ebmh.10.3.77>
- Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(3), s. 193–207. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.01.001
- Grocke, D., Bloch, S., Castle, D., Thompson, G., Newton, R., Stewart, S., & Gold, C. (2014). Group music therapy for severe mental illness: a randomized embedded-experimental mixed methods study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 130(2), s. 144–153. Hentet fra <https://doi.org/10.1111/acps.12224>
- Harding, M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S. & Breier, A. (1987). The Vermont Longitudinal Study of Persons with Severe Mental Illness, II: Long-Term Outcome of Subjects Who Retrospectively Met DSM-III Criteria for Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 144, (6). (s. 727-735). Hentet fra <http://psychrights.org/research/digest/chronicity/vermont2.pdf>
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., ... Wiersma, D (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, 178(6). (s. 506-517). Hentet fra <https://doi.org/10.1192/bjp.178.6.506>
- Helsedirektoratet, (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>

- Helsedirektoratet. (2014). Nasjonal veileder. Sammen om mestring – lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2018). Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/_attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdb744a2/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf
- Hense, C. & McFerran, K., S. (2017). Promoting young people’s musical identities to facilitate recovery from mental illness, *Journal of Youth Studies*, 20:8, s. 997-1012, DOI: 10.1080/13676261.2017.1287888
- Hense, C., McFerran, K. S., & McGorry, P. (2014). Constructing a grounded theory of young people’s recovery of musical identity in mental illness. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), s. 594–603. DOI: 10.1016/j.aip.2014.10.010
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobson, N. & Greenley, D. (2001). What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*. Vol. 52 (4). s. 482-485. Hentet fra <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.482>
- Jensen, B. (2008). Musikkterapi i sosialpsykiatrien i Århus – musikkterapeuten som socialarbeider. I U. Holck (red) *Musikkterapi i psykiatrien*. Årg. 5. Musikkterapiklinikken, Aalborg psykiatriske sykehus og Aalborg universitet. Hentet fra <https://doi.org/10.5278/ojs.mipo.v5i1.93>

- Johansson, K. (2016). Mellom hermeneutikk og fenomenologi - et essay i vitenskapsteori. *Musikkterapi*(2). Hentet fra <https://www.musikkterapi.no/2-2016/2017/1/19/mellom-hermeneutikk-og-fenomenologi-et-essay-i-vitenskapsteori?rq=kjersti>
- Johannessen, A., Tufte P.A., Kristoffersen, L. (2010). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt forlag.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). Psykisk helsearbeid. *Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), (s. 149-158).
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. London: SAGE Publications.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). Det kvalitative forskningsintervju. 3. utgave. Gyldendal Akademisk.
- Krogh, T. (2014). Hermeneutikk. *Om å forstå og fortolke*. 2. utgave. Gyldendal Akademisk.
- Krumsvik, R. J. (2014). Forskningsdesign og kvalitativ metode – ei innføring. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ledger, A. (2010). Am I a founder or am I a froud? Music therapists' experiences of developing services in healthcare organizations. Doktorgradavhandling. University of Limerick, Ireland. Hentet fra <http://hdl.handle.net/10344/1131>
- Ledger, A., 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), s. 714-732. DOI 10.1108/JHOM-11-2011-0119
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004, mai 17). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*. 18(2), s. 145-153. Hentet fra <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- Malt, U. (2019, 16. oktober). distriktpsikiatrisk senter. I Store medisinske leksikon. Hentet fra https://sml.snl.no/distriktpsikiatrisk_senter
- Malterud, K. (2011). Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 3. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Matney, B. (2018). A Knowledge Framework for the Philosophical Underpinnings of Research: Implications for Music Therapy, *Journal of Music Therapy*, Vol. 56, s. 1–29. Hentet fra <https://doi.org/10.1093/jmt/thy018>

- McCaffrey, T., Edwards, J., & Fannon, D. (2011). Is there a role for music therapy in the recovery approach in mental health? *The Arts in Psychotherapy*, 38, s. 185-189, DOI: 10.1016/j.aip.2011.04.006
- McCaffrey, T., & Edwards, J. (2016). “Music therapy helped me get back doing”: Using Interpretative Phenomenological Analysis to illuminate the perspectives of music therapy participants in mental health services. *Journal of Music Therapy*, 53(2), s. 121–148. Hentet fra <https://doi.org/10.1093/jmt/thw002>
- McCaffrey, T., Carr, C., Solli, H. P. & Hense, C. (2018, 8. januar). Music Therapy and Recovery in Mental Health: Seeking a Way Forward. *Voices: A World forum for Music Therapy*, 18 (1). Hentet fra <https://doi.org/10.15845/voices.v18i1.918>
- Meyers, D. C., Durlak, J. A. & Wandersman, A. (2012). The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *Am J Community Psychol* 50, s. 462–480. DOI 10.1007/s10464-012-9522-x
- Murphy, E. (1997). *Constructivism: From Philosophy to Practice*. U.S. Department of education. Office of Educational Research and Improvement. Hentet fra <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED444966.pdf>
- Roland, P. (2017). Hva er implementering? Roland, P. & Westergård, E. (Red.),. *Implementering*. (s. 19-39). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rolvjord, R. (2008) En ressursorientert musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi* (3. utg.). (s.123-137). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Rolvjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Gilsum, NH: Barcelona.
- Rolvjord, R. (2015, 23. februar) Five episodes of clients’ contributions to the therapeutic relationship: a qualitative study in adult mental health care, *Nordic Journal of Music Therapy*, 25:2, s. 159-184. DOI: 10.1080/08098131.2015.1010562
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5. utg). New York: Free Press.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative Analysis*. Newbury Park, CA: Sage
- Perceval, J. (1961). Perceval’s Narrative. *A Patients Account Of His Psychosis*. Bateson, G. (Red.) 1830-1832. Standford University Press
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2. utg.). Sage Publications, Inc.
- Persvold, Z. A. (2020, 26. februar). Implementere. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/implementere>

- Winter, S. G. & Szulanski, G. (2001). Replication as Strategy. *Organization Science* 12(6), 730-743. Hentet fra <https://doi.org/10.1287/orsc.12.6.730.10084>
- Scott, W. R. & Davis, G. F. (2007). *Organizations and Organizing. Rational, Natural, and Open System Perspectives*. New York: Routledge.
- Solli, H. P. (2018, 25. januar). MusTCare: Implementering av musikkterapi i oppsøkende psykisk helse-team. CREMAH – Senter for forskning i musikk og helse. Hentet fra <https://nmh.no/forskning/prosjekter/mustcare-implementering-av-musikkterapi-i-oppsokende-psykisk-helse-team>
- Solli, H.P. (2012). Med pasienten i førersetet. Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid. *Musikterapi i psykiatrien online*, Vol.7 (2), s. 23-44. DOI: 10.5278/ojs/mipo/2edleel2
- Solli, H. P. (2014). The groove of recovery : a qualitative study of how people diagnosed with psychosis experience music therapy. Doktorgradavhandling. Universitetet i Bergen.
- Solli, H. P. (2016, april 29). Musikkterapi og psykisk helse. Norsk forening for musikkterapi. Hentet fra <https://www.musikkterapi.no/fagpolitisktidsskrift/2016/4/29/musikkterapi-og-psykisk-helse>
- Solli, H.P. & Rolvsjord, R., Borg, M. (2013). Toward Understanding Music Therapy as a Recovery-Oriented Practice within Mental Health Care: A Meta-Synthesis of Service Users' Experiences. *Journal of Music Therapy*. American Music Therapy Association. 50 (4): s. 244-273. DOI: 10.1093/jmt/50.4.244
- Solli, H. P. & Rolvsjord, R. (2014). "The Opposite of Treatment": A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy, *Nordic Journal of Music Therapy*, 24:1, s. 67-92, DOI: 10.1080/08098131.2014.890639
- Solli, H. P. (2009). Musikkterapi som integrert del av standard behandling i psykisk helsevern. I E. Ruud (Red.) *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge*. (5. utg.). (s. 15-36). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Stige, B. (2008). Samfunnsmusikkterapi – mellom kvardag og klinikk.. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi* (3. utg.). (s.139-159). Oslo: NMH-publikasjoner
- Stige, B. (2010). Practicing Music as Mutual Care. I Stige, B., Ansdell, G., Elephant, C. & Pavlivevic (Red.). *Where Music Helps: Community Music Therapy in Action and Reflection*. Farnham, UK: Ashgate Publishing.
- Stige, B. & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to community music therapy*. New York: Routledge.

- Stige, B. (2017). POLYFON kunnskapsklynge - og eit økologisk perspektiv på musikkterapeutisk fag- og profesjonsutvikling. Norsk forening for musikkterapi. Musikkterapi 1-2017, s.22-29, ISSN 0800-126X. Hentet fra <https://www.musikkterapi.no/musikkterapi-1-2017/2017/6/28/artikkel-polyfon>
- Slade, M. (2009). Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge University Press
- Sutton, K. (1984). The Development and Implementation of a Music Therapy Physiological Measures Test. *Journal of Music Therapy*, 21(4), s. 160-169. DOI: 10.1093/jmt/21.4.160
- Taylor, F. W. (1911). *The principles of scientific management*. New York, London: Harper & Brothers
- Thornquist, E. (2018). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Utg. 2. Bergen: Fagbokforlaget.
- Topor, A. (2001) Managing the contradictions. *Recovery from severe mental disorders*. (Doktoravhandling, Institutionen för socialt arbete). Stockholms universitet. Hentet fra <http://su.diva-portal.org/smash/get/diva2:302582/FULLTEXT01.pdf>
- Trahan, A. & Stewart, D. M. (2013). Toward a Pragmatic Framework for Mixed-Methods Research in Criminal Justice and Criminology. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 2013, 9 (1). University of North Texas.
- Troja, A. (2017). Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 3. utgave. Gyldendal Akademisk.
- Tuastad, L., Johansen, B. & Østerholt, A. L. (2018). Bruker spør bruker. Evaluering av prosjektet MOT82. Bergen: Bjørgvin DPS. Hentet fra <https://helsebergen.no/seksjon/bjorgvin%20dps/Documents/MOT82%20evalueringsrapport%202018.pdf>
- Veldhuizen, R. V. (2013). FACT. Flexible Assertive Community Treatment. Visjon, modell og organisering av FACT-modellen. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helsevern, Aveling for spesialisert psykosebehandling og rehabilitering. Hentet fra <https://rop.no/globalassets/dokumenter/fact-handbok.pdf>
- Williamson, G. S., & Pearse, I. H. (1966). *Science, synthesis, and sanity: An inquiry into the nature of living*. Chicago: Henry Regnery.

Øvernes, L. A. (2019). Medikamentfrie behandlingsforløp for personer med psykoselidelser.

Bergen: Helse Bergen HF/Helse Vest RHF

Hentet fra [https://helse-](https://helse-bergen.no/seksjon/Medikamentfri%20behandling%20psykisk%20helsevern/Documents/Medikamentfrie%20behandlingsforl%C3%B8p%20sluttrapport.pdf)

[bergen.no/seksjon/Medikamentfri%20behandling%20psykisk%20helsevern/Documents/Medikamentfrie%20behandlingsforl%C3%B8p%20sluttrapport.pdf](https://helse-bergen.no/seksjon/Medikamentfri%20behandling%20psykisk%20helsevern/Documents/Medikamentfrie%20behandlingsforl%C3%B8p%20sluttrapport.pdf)

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide for studien ”Implementering av musikkterapi i psykisk helsefeltet – musikkterapeuters opplevelser og erfaringer” (Foreløpig tittel)

Intervjumetoden som skal brukes er semistrukturert personlig intervju. Spørsmålene som stilles vil mest mulig være åpne. Informanter er musikkterapeuter innen helsevesenet og kommunen (Psykiatrisk klinikk, distriktpsykiatrisk senter og kommunehelsetjenesten).

Problemstilling:

Hvordan oppleves implementering av musikkterapi i psykisk helsefeltet?

Forskningsspørsmål:

Hva skal til for musikkterapeuten å få innpass i et arbeidsmiljø med andre profesjoner?

Hvordan opplever MT sin egen rolle?

Hvordan har de andre i fagmiljøet lagt til rette for musikkterapi?

Hvordan fungerer det tverrfaglige samarbeidet?

Har det oppstått situasjoner som har fremmet/hindret implementering av musikkterapi?

Intervjuspørsmål:

Spørsmålene fungerer som en mal og skal ikke å følges slavisk. Det er derfor åpent for eventuelle digresjoner og spørsmål som dukker opp underveis. Tema jeg ønsker å spørre om er følgende: Implementerings-/etableringsprosess, arbeidsplassen, rollen som musikkterapeut, andre involverte, musikkterapitilbudet, etc.

- Om arbeidsplassen/musikkterapitilbudet
 - Fortell om din rolle og hva du gjør
 - Fortell om musikkterapitilbudet
 - Hvor lenge har du jobbet ved denne stillingen?
 - Hvordan fikk du stillingen?
 - Har du andre kollegaer på jobben? Hvem? På hvilken måte har de vært involvert musikkterapitilbudet?
 - Fortell litt om den første tiden da du begynte stillingen

- **Implementeringsprosessen**

- Fortell om implementeringsprosessen
- Fortelle litt om den første tiden? Det praktiske rundt implementeringen, økonomi, ledelse etc. Hvem forholder du deg til?
- Kan du fortelle om hvordan musikkterapiaktivitetene blir utformet? Hvem er involvert? Hva aspekter mener du er viktig å tenke på i utforming av aktivitetene?
- På hvilken måte føler du arbeidsplassen har lagt til rette for tilbudet?
- Fortell litt om hva som har vært bra/dårlig/vanskelig med implementeringsprosessen. Noe konkret eksempel?
- Deltar du på tverrfaglige møter? Hva har det å si for tilbudet?
- Hvilken rolle har du hatt for implementeringen av tilbudet? Hvilken posisjon?
- På hvilken måte har andre personer vært involvert i implementeringsprosessen? Hva har det betydd for prosessen?
- Er det noe du mener kunne blitt gjort annerledes for å fordre prosessen på et vis?
- Hvordan tror du musikkterapitilbudet står om 5 år?
- Noe annet du ønsker å tilføye?

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Implementering av musikkterapi i psykisk helsefeltet – musikkterapeuters opplevelser og erfaringer”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i studien *”Implementering av musikkterapi i psykisk helsefeltet – musikkterapeuters opplevelser og erfaringer”*. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med studien er å undersøke hvordan musikkterapeuter innen psykisk helsefeltet har opplevd implementering av musikkterapi i deres respektive arbeidsplasser. Studien gjennomføres i forbindelse med undertegnede masteroppgave i musikkterapi ved Universitetet i Bergen. Det vil bli intervjuet 1 musikkterapeut fra akuttpsykiatrisk avdeling, 1 fra distriktpsykiatrisk senter og 1 fra psykisk helsetjeneste i kommunen.

Problemstillingen studien er: *”Hvordan opplever musikkterapeuter i psykisk helsefeltet implementering av musikkterapi?”*. Det vil tas utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

Hva skal til for musikkterapeuten å få innpass i et arbeidsmiljø med andre profesjoner?

Hvordan opplever MT sin egen rolle?

Hvordan har de andre i fagmiljøet lagt til rette for musikkterapi?

Hvordan fungerer det tverrfaglige samarbeidet?

Har det oppstått situasjoner som har fremmet/hindret implementering av musikkterapi?

Det vil bli gjort lydopptak av intervjuene. Lydopptakene vil bli slettet ved prosjektslutt 20.06.20 og vil utover dette kun stå i ferdig produkt i teksten der alle opplysninger er anonymisert slik at det ikke vil være mulig å bli direkte gjenkjent.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Bergen er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du er musikkterapeut i psykisk helsefeltet som har vært med å implementere musikkterapi. Det vil være 3 musikkterapeuter som får henvendelsen – 1 musikkterapeut i akuttpsykiatri, 1 musikkterapeut i distriktpsykiatrisk senter og 1 musikkterapeut i psykisk helsetjeneste i kommunen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i studien innebærer at du deltar i et semistrukturert intervju som gjennomføres av studenten. Intervjuet vil ta rundt 45 minutter og blir innspilt på lydopptaker.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen

negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen/arbeidsgiver.

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.

- Lars Tuastad (veileder) og Pablo Ariel Leiva Tellez (student) vil ha tilgang til opplysningene.
- For å sikre at uvedkommende får tilgang til opplysningene, vil disse oppbevares atskilt fra øvrige data ved hjelp av SAFE (Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur).
- Ved en eventuell publisering, er det kun sluttproduktet i form av tekst som publiseres og du vil ikke kunne gjenkjennes direkte. Alle opplysninger vil være anonymisert. *Personer kan likevel gjenkjennes indirekte av andre i musikkterapimiljøet ettersom fagfeltet innen psykisk helse er relativt lite.*

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20.06.20. Alle lydopptak slettes ved prosjektslutt og vil kun stå som ferdig analysert og behandlet produkt i form av tekst.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

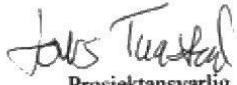
Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Universitetet i Bergen ved Lars Tuastad (veileder/prosjektansvarlig)
Telefon: +47 454 88 282
E-post: Lars.Tuastad@uib.no
- Universitetet i Bergen ved Pablo Ariel Leiva Tellez (student)
Telefon: +47 975 27 799
E-post: Pablo.Tellez@student.uib.no
- Vårt personvernombud: Janecke Helene Veim
Telefon: +47 55 58 20 29 / +47 930 30 721
E-post: Janecke.Veim@uib.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

Med vennlig hilsen


Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)


Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "Implementering av musikkterapi i psykisk helsefeltet – opplevelser og erfaringer fra musikkterapeuter, ledelse og helsepersonell" og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju som spilles inn på lydopptaker
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg indirekte kan gjenkjennes. (Innen psykisk helsefeltet er musikkterapi et relativt ungt fagfelt. Sammenlignet med større og etablerte profesjoner, er musikkterapi miljøet i Norge relativt lite, og kan derfor ikke utelukkes at informanter indirekte kan identifiseres av fagfolk i musikkterapi miljøet).

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 20.06.2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: NSD Godkjenning

2.6.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Implementering av musikkterapi i psykisk helsefeltet – opplevelser og erfaringer fra musikkterapeuter, ledelse og helsepersonell

Referansenummer

847217

Registrert

12.10.2019 av Pablo Ariel Leiva Tellez - Pablo.Tellez@student.uib.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

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

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Pablo Ariel Leiva Tellez, Pablo.Tellez@student.uib.no, tlf: 97527799

Prosjektperiode

01.11.2019 - 20.06.2020

Status

14.10.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

14.10.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 14.10.19. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

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