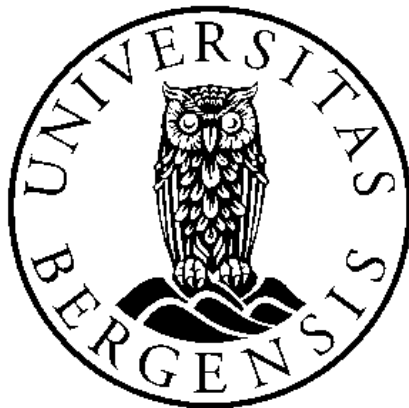


Musikkterapi innan psykisk helsevern for barn

Ein fokusgruppestudie av erfaringar og tankar hos fagpersonar i eit tverrfagleg team



Tonje-Lill Heskestad Thorgersen

Masteroppgåve i musikkterapi

Griegakademiet - Institutt for musikk

Universitetet i Bergen

Våren 2015

INNHALDSLISTE:

ABSTRACT

FORORD

1 INNLEIING.....	5
1.1 Personleg bakgrunn for val av tema.....	5
1.2 Litteraturgjennomgang.....	6
1.2.1 Musikkterapi med barn og unge med psykiske vanskar.....	7
1.2.2 Musikkterapi som del av tverrfagleg team.....	8
1.3 Problemstilling.....	10
1.4 Disposisjon.....	11
2 KONTEKST.....	12
2.1 Psykisk helse.....	12
2.2 Hjelpeinstansar.....	13
2.3 Lovverk og retningslinjer for psykisk helsehjelp.....	14
2.4 Frå psykiatri til psykisk helsevern.....	15
2.5 Haukeland Universitetssjukehus og Post 3 – Barneposten.....	16
3 METODE.....	18
3.1 Datainnsamlingsmetode: fokusgruppeintervju.....	18
3.2 Etikk.....	19
3.3 Deltakarar.....	20
3.4 Førebuing.....	21
3.5 Gjennomføring.....	22
3.6 Analyse.....	23
3.6.1 Transkribering.....	23
3.6.2 Systematisk tekstkondensering.....	24
3.7 Refleksivitet.....	29
4 FUNN.....	31
4.1 Bruk av musikkterapi i oppstartstida.....	31
4.2 Bruk av musikkterapi i dag.....	32
4.2.1 Musikkterapi som observasjons- og kartleggingsarena.....	33
4.2.2 Musikkterapi som behandling.....	37
4.2.3 Tankar om når ein skal ta i bruk musikkterapi, og når ein ikkje skal det.....	37

4.3 Bruk av musikkterapi i framtida.....	43
4.3.1 Meir samarbeid.....	43
4.3.2 Moglegheit for lenger terapiforløp.....	44
4.3.3 Musikkterapi i gruppe.....	46
5 DRØFTING.....	48
5.1 Å jobbe som musikkterapeut inneber å formidle faget til andre faggrupper.....	49
5.2 Musikkterapi er godt eigna som observasjons- og kartleggingsarena.....	52
5.3 Musikkterapi som behandling – relasjonelle perspektiv.....	55
5.4 Korleis kan det verte tydelegare når musikkterapi er aktuelt, og når det ikkje er det?.....	59
6 AVSLUTNING.....	64
6.1 Oppsummering.....	64
6.2 Kritisk blikk på eiga forskning, og vegen vidare.....	65
7 LITTERATURLISTE.....	67
8 VEDLEGG.....	75
8.1 Meldeskjema til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.....	75
8.2 Tilbakemelding frå Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.....	80
8.3 Informasjonsskriv og samtykkeskjema.....	82
8.4 Intervjuguide 1 og 2.....	84

ABSTRACT

Music therapy with children in mental health care: A focus-group study on the experiences and reflections of health care professionals in an interdisciplinary team

The choice of topic was influenced by personal interest and review of literature. Two focus-group interviews were conducted, where health care professionals at a mental health unit for children were asked about their experiences with and reflections on music therapy in that context. The interviews were recorded and transcribed, and further analyzed using systematic text condensation.

The findings revealed that their understanding and use of music therapy had changed over time, and that they now use music therapy mainly for doing observations. They reflected on ways of developing music therapy practice at the clinic relating to more interdisciplinary collaboration, possibilities of longer therapeutic proceedings and trying out group sessions.

The results made me reflect on a range of topics, which were addressed in four sections:

- why and how music therapists must educate other staff at their workplace
- qualities that make music therapy a good arena for observations and assessments, and the importance of documenting this in an accurate and appropriate way
- possibilities for extended proceedings where music therapy is used as a part of treatment, acknowledging the evolving therapeutic relationships
- the value of cooperation and teamwork to increase other disciplines' understanding and appreciation of music therapy

FORORD

Då er studietida mi nesten over. For ein kjensle. Det har vore fem lange, raske, morosame, rare, latterfylte, travle, musikalske, lærerike og unike år. Saman med fire morosame, rare, latterfylte, musikalske, smarte og unike jenter. Kristine, Guri, Kristelle og Manna: eg ville aldri ha bytta dykk mot nokon andre!

Det er rart å vere ferdig, men eg gler meg til å jobbe som musikkterapeut. Særleg det siste studieåret har vore intenst, med utallege timar på lesesalen. Heldigvis har det vore tid til te-, kaffi-, knekkebrød- og popcornpausar. Det har vore fint å kunne sjå bort på ei som slurpar te ved sida av meg, og nokre fargerike ullsokkar som stikk ut frå pulten bak.

Sjølv om det har vore slitsamt, så har det òg vore spanande å skrive denne oppgåva. Eg fekk mellom anna moglegheit til å ha eigenpraksis på Post 3 på Haukeland Universitetssjukehus undervegs, der eg stortreivst. At dei flotte tilsette der i tillegg sa ja til å delta i fokusgruppeintervjua mine er eg veldig takknemleg for. Tusen takk!

Eg vil òg takke rettleiaren min, professor Brynjulf Stige. Beklagar for alle epostar med spørsmål om både det eine og det andre. Du har ledd litt av meg, men heia meg fram òg. Takk!

Takk, mamma og pappa, for at de alltid oppmuntrar meg, trur på meg og heiar på meg. Takk, gode veninner, for gospelsong, latterkrampar, kveldsturar og blomster på døra. Takk, kjære Petter, for at du har vore «husfar», medan eg nærmast har budd på lesesalen.

Takk, himmelske far, for livet!

Tonje-Lill Heskestad Thorgersen, mai 2015

1 INNLEIING

Temaet for denne masteroppgåva er musikkterapi innan psykisk helsevern for barn. Eg har tatt utgangspunkt i eit tverrfagleg team på Post 3 på Haukeland Universitetssjukehus, for å høyre kva dei tenkjer om bruk av musikkterapi i denne konteksten.

Data frå 2008 (Hodne, s. 224-225) hevdar at under 9,6 % av musikkterapeutar i Noreg på dette tidspunktet jobba innanfor feltet «barne- og ungdomspsykiatri». Mi eiga forståing er at det framleis er få musikkterapeutar som arbeider i dette feltet i Noreg i dag, utan nyare data å kunne vise til. Til samanlikning viser data frå The American Music Therapy Association frå 2007 (i Purvis, 2010, s. 105) at psykisk helsehjelp er eit stort felt for musikkterapeutar i USA.

Då dei nasjonale faglege retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personar med psykose lidingar kom ut i 2013, vart musikkterapi anbefalt som ein av behandlingmetodane (Helsedirektoratet, 2013). Sjølv om desse gjeld for pasientar over 13 år, stadfester det at musikkterapi innan psykisk helsehjelp er aktuelt i Noreg i dag.

1.1 Personleg bakgrunn for val av tema

Tidlegare i masterstudiet hadde eg ein praksisperiode saman med musikkterapeuten på Haukeland Universitetssjukehus. Der fekk eg sjå, delta i og gjennomføre musikkterapi på mange ulike avdelingar på sjukehuset, både somatiske avdelingar og innan psykisk helsevern. Då tida kom for å velje min siste praksisplass, der eg skulle jobbe heilt på eige hand, ønskte eg å dra tilbake til Haukeland, og då spesifikt til Post 3: Barneposten.

På Post 3 opplevde eg å få vere del av tverrfaglege team for barn som var innlagt, og ta i bruk musikkterapi saman med desse barna. Det var veldig nytt, spanande og lærerikt å få jobbe så tett saman med andre faggrupper i planlegging, gjennomføring og evaluering av kartlegging og behandling. Teama bestod som regel av ein pasientansvarleg (enten ein psykologspesialist, ein psykolog eller ein lege), ein eller fleire miljøterapeutar og eventuelt musikkterapeuten (eller i mitt tilfelle: musikkterapistudent). Vi møttes jamleg til møter, eg søkte råd hos dei, dei kom med førespurnadar og tankar til meg, og vi las og skreiv i barnets journal.

Til saman kan eit slikt tverrfagleg team ha svært mykje kompetanse, men det slo meg kor viktig det er å kjenne si eiga og kvarandre sine roller dersom ein skal kunne gjere nytte av det. Dette legg ein del musikkterapilitteratur òg vekt på (Darsie, 2009; Miller, 2008; Twyford &

Watson, 2008; Hobson, 2006). Sidan musikkterapi er det nyaste tilskotet på Post 3 vart eg nyfiken på kva rolle musikkterapeuten og dei andre tilsette tenkjer at musikkterapi har.

Personleg har eg alltid vore glad i å vere saman med barn, og eg har i løpet av studietida utvikla ei veksande interesse for psykisk helse. Dette, i tillegg til gode opplevingar frå praksisen på Post 3, gjorde at eg bestemte meg for å skrive masteroppgåva mi om musikkterapi innan psykisk helsevern for barn.

Først lurte eg på å gjere ein kassstudie med utgangspunkt i erfaringar frå praksis. Eg vurderte òg å intervjuje barn på posten om kva dei tenkjer om musikkterapi. Dette ville truleg ha vore utfordrande å få etisk godkjenning til å gjere, og eg valte derfor heller å ta utgangspunkt i dei tilsette sine erfaringar og tankar om musikkterapi.

1.2 Litteraturgjennomgang

Før datainnsamling søkte eg etter aktuell litteratur i databasane AMED, CINAHL, The Cochrane Library, Embase, MEDLINE, PsycINFO, PubMed og RILM, og i tidsskrifta Approaches: Music Therapy & Special Music Education, Australian Journal of Music Therapy, Canadian Journal of Music Therapy, Infant Mental Health Journal, The Journal of Music Therapy, Music and Medicine, Music Therapy, Music Therapy Perspectives, Music Therapy Today, Musikkterapi, New Zealand Journal of Music Therapy, Nordic Journal of Music Therapy, Norsk tidsskrift for musikkforskning, Qualitative Inquiries in Music Therapy og Voices.

Eg valte å gjere to rundar med søk: éin om musikkterapi i møte med barn og unge med psykiske vanskar, og éin om musikkterapi som del av tverrfagleg team. I første omgang brukte eg ulike kombinasjonar av søkeorda «musikkterapi», «musikk», «barn», «psykisk helse», «music», «music therapy», «kid», «child», «children», «psychiatry», «psychological», «psychiatric» og «mental health». I det andre søket brukte eg «musikkterapi», «samarbeid», «music therapy», «team», «interdisciplinary», «multidisciplinary» og «transdisciplinary». Eg valte å inkludere tekstar på norsk, engelsk, svensk og dansk, men søkte ikkje direkte på svenske eller danske ord.

Her kjem ei kort oversikt over litteraturen eg fann:

1.2.1 Musikkterapi med barn og unge med psykiske vanskar

Etter å ha leita etter og lese mykje av litteraturen eg fann kan det for meg sjå ut til at det er skrive ein del om musikkterapi med menneske med psykiske vanskar, men meir om vaksne enn om barn. I tillegg skriv ein del om barn og ungdom under eitt. For utanom Silverman (2007) sin tekst, der han samlar inn informasjon frå musikkterapeutar som arbeider med menneske i alle aldrar med psykiske vanskar, valte eg å berre inkludere tekstar som eksplisitt handla om barn, eller om barn og ungdom samla. Ein grunn til at det er skrive mindre om barn med psykiske vanskar kan i følgje Doak (2013, s. 195) vere fordi det er vanskeleg å få samtykke frå barnet og barnets foreldre, som er i ein vanskeleg situasjon.

Eg har inkludert tekstar både frå poliklinisk arbeid og arbeid på døgnpost.

Den første metaanalysen av effekten av musikkterapi for barn og unge med ulike psykiske vanskar vart gjort i 2004, av Gold, Voracek & Wigam. Elleve studiar skrive mellom 1970 og 1998 vart inkludert, der både gruppesetting og individuell musikkterapi var representert. Forfattarane fann at musikkterapi hadde signifikant medium til stor positiv effekt på barnas sosiale ferdigheiter, sjølvbilete, utvikling og åtferd.

To pilotstudiar (Gold, Wigam & Berger; Goldbeck & Ellerkamp) frå 2001 og 2012 viste òg gode resultat. Her vart deltakarane delt inn i eksperimentgruppe og kontrollgruppe, der kontrollgruppa fekk ingen musikkterapi (Gold et al., 2001, s. 21) eller «treatment as usual» av mellom anna psykolog og lege (Goldbeck & Ellerkamp, 2012, s. 403). Merkeleg nok fekk Gold, Wigam & Voracek (2007) ikkje signifikante resultat då dei gjorde den verkelege studien for å undersøkje effekten av musikkterapi versus ingen behandling. Forfattarane forklarar det mellom anna med at musikkterapi har effekt for nokon barn og unge med psykiske vanskar, men ikkje alle, og at det kanskje trengs lenger terapiforløp, særleg for dei med fleire og/eller komplekse diagnosar (Gold et al., 2007, s. 289).

I tillegg til desse studiane har Silverman (2007) gjort ei undersøking av korleis musikkterapeutar arbeider innan psykisk helsehjelp. Via spørsmål på ein nettstad samla han inn informasjon om arbeidsmetodar, intervensjonar og målsettingar som vert brukt. I Irgens-Møller (1999) sin studie vart andre faggrupper på eit sjukehus for barn med psykiske vanskar intervjuet. Forfattaren hadde då gjennomført eit toårig musikkterapiprosjekt på sjukehuset, og ville høyre kva dei andre tilsette tenkte at musikkterapien kunne bidra med.

Det er òg ein del musikkterapeutar som har skrive generelt om musikkterapi med barn og unge med psykiske vanskar, eller med utgangspunkt i eige arbeid. I boka *Guidelines for music therapy practice in mental health* frå 2013 har mellom anna Doak skrive ein tekst om barn og unge på døgnpost, og Rogers har skrive om barn og unge som lever med posttraumatisk stresslidning på grunn av overgrep og neglekt eller andre traumatiske opplevingar. Rogers (2013, s. 314-315) peikar på forskning som viser at over 60 % av pasientar på døgnpost innan psykisk helsevern har opplevd ei eller anna form for misbruk som barn, og at dette derfor er eit aktuelt tema for nesten alle musikkterapeutar som arbeider i ein slik kontekst.

Andre tekstar eg fann er av Hessenberg & Schmid (2013), Cassity & Cassity (2006), Oldfield (2006), Davies (2005) og Henderson (1991). Av norske tekstar om musikkterapi med barn med psykiske vanskar fann eg berre Torbergesen (2009) sin tekst frå Norges Musikkhøyskole sin antologi *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge*.

1.2.2 Musikkterapi som del av tverrfagleg team

Det er òg skrive ein del om musikkterapi som del av team. Eg har valt å sjå vekk frå litteratur som beskriv samarbeid mellom musikkterapeutar, fordi eg ønsker å sjå på tverrfagleg samarbeid. Eg har òg sett vekk frå litteratur om samarbeid mellom éin musikkterapeut og éin anna, sidan mitt ønske er å sjå på musikkterapi som del av eit team beståande av fleire enn to personar. Denne litteraturen er ikkje avgrensa til å gjelde psykisk helsekontekst, då berre eit fåtal av tekstane eg fann er knytt til psykisk helse.

Choi gjorde i 1997 ei spørjeundersøking blant tilsette på eit sjukehus innan psykisk helsekontekst, for å finne ut kva dei tenkte var musikkterapiens rolle på arbeidsplassen og korleis dei opplevde å vere i team med ein musikkterapeut. Darsie (2009) har gjort ein liknande studie blant tilsette på eit sjukehus for barn. Ho ville undersøkje kva dei ulike tilsette meinte om musikkterapi, om det var forskjellar mellom ulike faggrupper, og om meiningane deira endra seg etter at dei fekk sjå film av musikkterapi. I 2007 spurte O’Kelly & Koffman tilsette på ulike hospice kva erfaringar dei hadde med musikkterapi og kva dei tenkte musikkterapi kunne bidra med i teamet. Choi, Darsie og O’Kelly & Koffman sine studiar har med andre ord ein del fellestrekk, men er utført på ulike arenaar.

Ei sentral bok om musikkterapi som del av team er Twyford & Watson si *Integrated Team Working – Music therapy as part of transdisciplinary and collaborative approaches* frå 2008.

Dei har fått med seg fleire musikkterapeutar som skriv om eigne erfaringar med å jobbe som del av tverrfaglege team i ulike kontekstar. I boka er det mellom anna skriva om musikkterapi med barn generelt (Twyford), med vaksne med lærevanskar (Watson), med vaksne med psykiske vanskar (Miller), vaksne med neurologiske sjukdommar (Magee) og med eldre (Freeman). Andre kontekstar eg har lese om der musikkterapeutar arbeider i team er på neonatal intensivavdeling (Henning, 2012), i kreftbehandling (Magill, 2006), innan rehabilitering med barn (Davis, 1990), og fleire med menneske i ulike aldrar med neurologiske skadar og sjukdommar (Magee et al., 2011; Magee & Andrews, 2007; Magee, 2005).

Undervegs i søkinga kom eg over tre, etter kvart gamle, tekstar om ferdigheiter ein musikkterapeut bør ha, nemleg Bruscia (1986), Bruscia, Hesser & Boxill (1981) og Braswell, Decuir & Maranto (1980). Alle desse tre seier noko om evne til samarbeid. I tillegg fann eg ein tekst av Purvis (2010) og ein tekst av Gilles (1983) som kjem med råd for korleis ein kan oppnå vellukka samarbeid.

Ein siste tekst som dukka opp er ein tekst frå 2013 av Ledger, Edwards & Morley. Den er basert på intervju og spørjeundersøkingar blant musikkterapeutar og andre tilsette i ulike helsekontekstar. Dei spurte musikkterapeutane om deira erfaringar med å starte opp eit musikkterapitilbod i ein etablert helsesetting der ingen musikkterapeut hadde arbeidd før, og dei andre tilsette om erfaringar med å jobbe i team saman med ein musikkterapeut. Samarbeid vart eit viktig tema i funna.

I tillegg til desse var det fleire av tekstane om musikkterapi med barn og unge med psykiske vanskar under punkt 1.2.1 som opplyste om at musikkterapeuten var del av tverrfaglege team, og viktigheita av det. Silverman (2007) fann mellom anna at dei fleste av musikkterapeutane han var i kontakt med deltok på tverrfaglege møte med andre faggrupper på arbeidsplassen. I følgje ein studie gjort av Euper i 1970 var det på den tida svært få musikkterapeutar som var del av tverrfaglege team, og Silverman (2007, s. 410) meiner derfor at det truleg er blitt meir vanleg for musikkterapeutar innan psykisk helsekontekst å vere del av tverrfaglege team.

Litteraturgjennomgangen indikerer at det er skriva ein del litteratur om musikkterapi med barn og unge med psykiske vanskar, og om musikkterapi som del av tverrfaglege team. Det er likevel ikkje mange tekstar om musikkterapi som del av tverrfaglege team innan psykisk helsevern for barn, og berre éin tekst om musikkterapi innan psykisk helsevern for barn i Noreg. Der verkar derfor relevant å sjå på dette i ein norsk kontekst.

1.3 Problemstilling

Ut frå dette har eg formulert problemstillinga:

Kva erfaringar og tankar har fagpersonar i eit tverrfagleg team om bruk av musikkterapi innan psykisk helsevern med barn på sjukehus?

Med tverrfagleg team meiner eg eit team sett saman av menneske ulike utdanningar og/eller stillingar, og konteksten er, som nemnt, Post 3 på Haukeland Universitetssjukehus. Eg ønsker å høyre kva tilsette der har erfart og tenkjer om bruk av musikkterapi i den konteksten.

Eg vel å ha ei hermeneutisk tilnærming ved å vere open om at mi forforståing vil påverke forskinga (Olsson & Sörensen, 2003, s. 82). Som Malterud (2011, s. 37) seier: spørsmålet er ikkje om forskaren påverkar prosessen, men korleis. Kven eg er vil påverke korleis eg samlar inn, analyserer og presenterer deltakarane sin erfaringar og tankar om musikkterapi (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 33).

Refleksivitet handlar om å vere klar over dette, og gjere greie for si forforståing (Malterud, 2011). Eksempelvis er nok eg som musikkterapeut forma av at eg har utdanna meg i Noreg, der musikkterapien er tett knytt til ein humanistisk tradisjon (Trondalen, 2008). Ruud (2008, s. 8) meiner at ein ved å vektlegge eit humanistisk perspektiv i musikkterapien kan «skape en motvekt til terapi og behandling som reduserer mennesket til objekt». Det gjer at eg mellom anna vektlegg menneskeverd, omsorg, tid og å byggje relasjonar i musikkterapi (Ruud, 2008, s. 8-9). Eg trur at ein god relasjon, med utgangspunkt i aksept og anerkjenning, kan ha stor terapeutisk verdi (Tew, 2013, s. 367). Eg trur òg på at kvart menneske må sjåast ut frå deira historie og kontekst, og dermed at musikkterapien må vere forma med utgangspunkt i klienten (Ruud, 2008).

Meir konkret vil forskinga verte farga av mitt engasjement for feltet. Sidan eg har hatt praksis på Post 3 og vert i musikkterapi saman med nokon av barna der, har eg tankar om korleis ting bør vere for at barna skal få møtt sine behov. Dette vil truleg følgje meg gjennom heile forskingsprosessen, og forhåpentlegvis styrke forskinga.

1.4 Disposisjon

I det neste kapitlet vil eg presentere konteksten for denne oppgåva meir i djupna, ved å gjere greie for psykisk helse hos barn, ulike formar for helsehjelp i Noreg, lovverk og retningslinjer som gjeld for dette, og ei beskriving av Post 3 som er utgangspunktet for forskingsprosjektet. Neste del av oppgåva er ei grundig beskriving av metode, både for innsamling og analyse av data, før funna vert presentert i del fire. Deretter vil eg drøfte nokre aktuelle tema som veks fram frå funna. Oppgåva vert avslutta med del seks, der eg summerer opp funna og drøftinga med utgangspunkt i problemstillinga for prosjektet, før eg til slutt vil forsøkje å ha eit kritisk blick på forskinga og leggje fram tankar om framtidig forskning.

2 KONTEKST

For å få fram eit tydeleg bilete av konteksten for denne oppgåva vil eg vidare gjere greie for psykisk helse og psykisk helsehjelp i Noreg. Deretter følgjer ei grundig beskriving av Post 3 på Haukeland Universitetssjukehus. Eg meiner dette er viktig informasjon for å forstå konteksten der studien vart gjennomført og funna utvikla.

2.1 Psykisk helse

Data frå 2005 viser at psykiske lidningar er nest hyppigaste årsak til at folk tek kontakt med allmennlegetenesta, etter luftvegsinfeksjonar (Helsedirektoratet, 2009, s. 11). Når det gjeld sjukemeldingar og varig uførheit er psykiske vanskar hovudårsak. Etter å ha undersøkt fleire kjelder ser det likevel ut til at det er vanskeleg å skulle leggje fram konkrete tal, men Sosial- og helsedirektoratet (2008, s. 2) meiner at om lag halvparten av Noregs befolkning vil få ei psykisk lidning i løpet av livet. Blant barn og unge har mellom 15 og 20 % psykiske vanskar i dag, i følgje Rådet for psykisk helse (2010).

Årsaka til at nokon får psykiske vanskar kan verte forstått på ulike måtar ut frå ulike perspektiv (Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus & Wagenaar, 2009, s. 541-542). For eksempel vil ein innanfor eit biologisk perspektiv kunne leite etter unormalheiter i hjernen, medan ein innanfor eit psykoanalytisk perspektiv kan leite etter uoppdaga konflikter frå barndomen. Eit kulturelt eller sosiologisk perspektiv vil kanskje helle sjå på psykiske vanskar som noko som oppstår i ein sosial kontekst. Sosial- og helsedirektoratet (2008, s. 2) skriv i ein brosjyre om psykisk helsehjelp for barn at det nokon gongar er snakk om arv, medan det andre gongar er følgje av ei eller anna form for krise. Andre foreslår at det truleg er ein kombinasjon av desse (Nolen-Hoeksema, 2009, s. 542). I ei undersøking gjort av TNS Gallup i 2009 såg det ut til at mobbing kan vere ein avgjerande faktor blant barn og unge (Rådet for psykisk helse, 2010), medan Hillen, Gafson, Drage & Conlan (2012) i sin studie fann at barn som av ulike grunnar ikkje veks opp heime hos sine eigne foreldre, kan ha større sjanse enn andre for å få psykiske vanskar og utviklingsvanskar.

Autisme og Aspergers syndrom er eksempel på gjennomgripande utviklingsforstyrningar som kjem til syne i barndomen (Nolen-Hoeksema et al., 2009, s. 569-571). Helsedirektoratet (2011) meiner at åtferdsforstyrningar, hyperaktivitet og konsentrasjonsvanskar er blant dei vanlegaste utfordringane hos barn, medan Sosial- og helsedirektoratet (2008, s. 2) trekk fram

angst og depresjon. Ofte skil ein psykiske vanskar som enten nevrose eller psykose, der sistnemnte er mest alvorleg (Nolen-Hoeksema, 2009, s. 540). Det finst òg klassifikasjonar av psykiske sjukdommar, som «the International Classification of Diseases» (ICD-10). Eg vel å ikkje gå spesifikt inn på den eller andre, då eg ikkje ser det som naudsynt for oppgåva mi.

Hos barn kan psykiske vanskar komme til uttrykk på andre måtar enn hos vaksne. Kanskje ser foreldre etter tilsette i barnehagen eller på skulen at barnet er trist, sint eller redd (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 2-3). Andre gongar kan det vere at barnet klagar over vondt i magen eller hovudet, søvnevanskar, konsentrasjonsvanskar eller redusert matlyst.

2.2 Hjelpeinstansar

Noreg er delt inn i fire helseregionar, som har ansvar for kvar sine regionale helseføretak (Helse Bergen, 2015d). Desse heiter Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF (Regjeringen, 2014a). Kvart av desse består vidare av mindre helseføretak. Desse helseføretaka har ansvar for å tilby spesialiserte helsetenester, og ein kallar det derfor for spesialisthelsetenesta (Regjeringen, 2014b). Spesialisthelsetenesta består mellom anna av poliklinikkar, og somatiske og psykiatriske sjukehus. Haukeland Universitetssjukehus er ein del av spesialisthelsetenesta i Helse Bergen HF og Helse Vest RHF (Helse Bergen, 2015d).

Blant avdelingane på Haukeland Universitetssjukehus finn vi «Psykisk helsevern for barn og unge» (PBU) (Helse Bergen (b)). Dette er Helse Vest si spesialisthelseteneste for barn og unge mellom 0 og 18 år med psykiske vanskar, og deira pårørande. Her er det tre sengepostar: Post 1 – Akuttpost for ungdom, Post 2 – Observasjon og utgreiing, og Post 3 – Barneposten (Helse Bergen, 2015c). I tillegg til desse består PBU i Helse Bergen HF av seks allmennpoliklinikkar, som har ansvar for kvar sine geografiske område (Helse Bergen, 2015b).

Dersom ein som forelder oppdagar at eit barn har det vanskeleg vil det først vere naturleg å søkje råd hos barnets fastlege (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 5-8). Saman med legevakta, helsestasjon og pedagogisk-psykologisk teneste (PPT) er dette kommunehelsetenesta. Ein kallar det òg for primærhelsetenesta, for å skilje det frå spesialisthelsetenesta (Regjeringen, 2014b).

Dersom ein har behov for meir hjelp vil fastlegen tilvise barnet vidare til spesialisthelsetenesta (Regjeringen, 2014b). Barnet kjem då som oftast til næraste Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 8). Her kjem barnet saman med føresett til avtalt tid, men utan å verte lagt inn (Helse Bergen, 2014). Er det behov for innlegging vil barnets behandlar ved poliklinikken tilvise barnet til Post 3 på Haukeland Universitetssjukehus. Det er altså berre eit fåtal barn som kjem til Post 3. I løpet av 2014 var det i følgje seksjonsleiaren 50 barn innom posten.

2.3 Lovverk og retningslinjer for psykisk helsehjelp

Psykisk helsehjelp i Noreg er under konkrete lover og retningslinjer. Eksempelvis er årsaka til at så få barn kjem til Post 3 at helseregionane mellom anna legg vekt på LEON-prinsippet (Helsedirektoratet, 2008). LEON står for «laveste effektive omsorgnivå» og inneber at hjelp skal tilbydast på nettopp det lågaste effektive nivået. Kvar kommune har derfor ansvar, via kommunehelsetenesta/primærhelsetenesta, for å tilby hjelp til barn og unge med psykiske vanskar. I følgje Helsedirektoratet (2009, s. 29) får ni av ti nordmenn med psykiske vanskar den hjelpa dei treng hos allennlegetenesta.

Eit anna viktig element er opptrappingsplanen for psykisk helse, som vart vedtatt og innført for perioden 1999 til 2006 (Regjeringen, 2009). Denne innebar mellom anna eit ønske om å auke talet på tilsette innan psykisk helsehjelp, og fleire dag- og døgnplassar for barn. Det var òg i denne perioden at fastlegeordninga vart innført, for å skape eit tettare band mellom lege og pasient, og dermed forhåpentlegvis eit meir samanhengande og heilskapleg behandlingsnettverk. I tillegg vart dei distriktpsikiatriske sentra vektlagt framfor poliklinikkane, fordi ein ønskte ei desentralisering av tenestene (Helsedirektoratet, 2009, s. 8). Dette kan koplast opp mot LEON-prinsippet.

Ei viktig lov i denne samanhengen er *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*, eller Psykisk helsevernloven (1999) som den vert kalla. Der står det at «med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever» (Psykisk helsevernloven, 1999, § 1-2). Psykisk helsevern er altså undersøking, behandling, pleie og omsorg utført av spesialisthelsetenesta. Hjelpa ein får av primærhelsetenesta, som for eksempel fastlegen, går dermed ikkje under psykisk helsevern. Dette vert nokon gongar kalla psykisk helsearbeid. Ein

kan dermed seie at psykisk helsehjelp i Noreg består av psykisk helsearbeid og psykisk helsevern.

Psykisk helsevernloven (1999, § 1-1 og 1-1 a) er til for å sikre at undersøking og behandling innan psykisk helsevern vert gjennomført på ein forsvarleg måte. Lova konkretiserer krav som pasientane har, og ansvaret dei tilsette har. Den stadfester mellom anna at unge over 16 år normalt må samtykke for å få hjelp av spesialisthelsetenesta (Psykisk helsevernloven, 1999, § 2-2). Sidan barna på Post 3 er under 16 år, vil ein vaksen samtykke på vegne av barnet.

Psykisk helsevernloven (1999, § 1-5) stadfester i tillegg at pasientar som er under psykisk helsevern òg er under pasient- og brukerrettighetsloven. Denne inneheldt meir generelle krav for pasientar og brukarar av helsehjelp. Eit eksempel er kravet på augeblikkeleg hjelp dersom ein treng det, og retten til å lese eigen journal (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1 b og 5-1).

2.4 Frå psykiatri til psykisk helsevern

Før eg går vidare til å beskrive Post 3 på Haukeland Universitetssjukehus vil eg kort nemne ei endring som har skjedd innan psykisk helsehjelp, nemleg at «psykiatri» er vorte bytta ut med omgrepa «psykisk helsearbeid» og «psykisk helsevern». Karlsson (2004) meiner at ein dermed får eit breiare perspektiv med rom for fleire profesjonar. Som Aarre (2010, s. 22-26) skriv: det medisinske perspektivet må vere til stades i det psykiske helsevernet, men det treng ikkje å dominere så sterkt som det har gjort. Han meiner den medisinske modellen passar godt for sjukdommar som liknar på maskinfeil, men at dei fleste psykiske lidingsane handlar om normale fenomen som nokon har litt meir av enn andre.

Psykisk helsevern opnar dermed opp for andre profesjonar og faggrupper, skriv Bøe & Thomassen (2007, s. 16). Dette meiner dei er særleg viktig nettopp i møte med menneske med psykiske vanskar, fordi ein då møter vanskar og lidingar som det ikkje finst éi endeleg og riktig løysing på (Bøe & Thomassen, 2007, s. 202). Vanskar og lidingar som ikkje kan behandlast av éin enkelt profesjon aleine. «Noen vil hevde at på samme måte som mennesket er et gåtefullt mysterium, slik er også de psykiske lidelsene gåtefulle og tett innvevde i det ubegripelige ved menneskelig væren», skriv dei. Bøe & Thomassen meiner derfor at ein treng fagleg mangfald og fleire perspektiv innan psykisk helsehjelp. Eg meiner at endringa frå

«psykiatri» til «psykisk helsearbeid» og «psykisk helsevern» dermed gjev rom for musikkterapi.

2.5 Haukeland Universitetssjukehus og Post 3 – Barneposten

Haukeland Universitetssjukehus ligg i Bergen og har om lag 12.000 tilsette (Helse Bergen, 2015d). Post 3, som er eit tilbod for barn mellom 0 og 13 år, har sju døgnplassar og éin dagplass (Helse Bergen (a), s. 3). Posten arbeider med kartlegging, behandling og augeblikkeleg hjelp, og vanlegvis varer eit opphald på posten i seks veker. Posten er open fem døgn i veka, og barna reiser heim i helgene.

Barna som kjem til posten har vore i kontakt med BUP over tid, og forsøkt ulike tiltak (Helse Bergen (a), s. 3). Etter tilvising frå BUP startar forvernstida der barnet og dei tilsette på Post 3 vert kjent, før barnet kjem til posten (Helse Bergen (a), s. 4; Helse Bergen, 2015a). På posten får barnet sitt eige rom (Helse Bergen (a), s. 6), og som Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 6-2) seier har barnet rett til å ha minst éin av foreldra til stades på posten heile tida.

Posten legg vekt på å observere barna på ulike arenaar, som i naturleg leik med andre barn på posten, og i måltidssituasjonar saman med personalet og andre på posten (Helse Bergen (a), s. 5). På dagtid er dei fleste barna på sjukehuskulen, jamfør Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 6-4), der lærarane òg gjer observasjons- og kartleggingsarbeid (Helse Bergen (a)).

Utanom lærarane på sjukehuskulen, som ikkje er tilsette hjå Helse Bergen, har Post 3 29 tilsette (Helse Bergen (a), s. 3). Desse er lege, psykolog, psykologspesialist, barne- og ungdomspsykiater, sjukepleiar, vernepleiar, sosionom, fysioterapeut, barnevernspedagog, sosialkonsulent, førskulelærer og musikkterapeut. Det vert sett saman eit tverrfagleg team for kvart av barna som kjem til posten, med ein behandlingsansvarleg i spissen (privat kommunikasjon). Han eller ho utarbeider ein behandlingsplan for barnet, og vel kva for nokre tiltak ein skal ta i bruk (Helse Bergen (a), s. 5). Miljøterapeutane er dei som er inne i «miljøet», altså der som barna et, søv og bur. Desse har ulike utdanningar, og er dei som har den daglege kontakten med barna.

Musikkterapeuten som arbeider på posten har vore tilsett sidan 2011. (All informasjon om hennar arbeid er via privat kommunikasjon). I starten arbeida ho på veldig mange avdelingar på sjukehuset, men ho har etter kvart valt å bruke meir tid på færre avdelingar. I dag er 50 %

av stillinga hennar på barneklubben, altså somatiske avdelingar, og 50 % er innan PBU. PBU er, som nemnt under punkt 2.2, delt inn i Post 1, Post 2 og Post 3, og det vil seie at musikkterapeuten i teorien berre er 16,66 % av tida si på Post 3. I praksis varierer det ut frå kvar det er mest behov til ei kvar tid.

På Post 3 får ho tilvist barn til musikkterapi av den som er pasientansvarleg for barnet. Ho møter mange slags diagnoser og vanskar, mellom anna angst, depresjon, personlegdomsforstyringar, autismeforstyringar, ADHD og tilknytingsforstyringar, med meir. Målsettingar kan vere observasjon og kartlegging, hjelpe barnet til å uttrykkje seg, byggje sjølvtilitt, trene sosiale ferdigheiter, avspenning, regulering og samspelstrening med foreldre. Intervensjonar ho tek i bruk er mellom anna improvisasjon, samspel av preferansebasert musikk og avspenning til musikk, med meir.

Etter kvar time skriv musikkterapeuten i barnet sin journal, som dei andre tilsette på posten og barnets behandlar i BUP har tilgang til. Her skriv ho kva dei har gjort i musikkterapien, og observasjonar og tankar ho gjorde seg undervegs i timen. Desse journalnotata, samt notat som miljøterapeutane og den pasientansvarlege skriv, og jamlege teammøter, er med å halde alle i teamet oppdatert på kva som skjer med barnet og korleis barnet har det.

Opphalda avsluttast med eit utskrivingsmøte der informasjon vert gitt vidare til BUP, som igjen skal overta behandlingsansvaret for barnet (Helse Bergen (a), s. 4). Det vert òg skriva ein epikrise (Helse Bergen (a), s. 4), som er eit «(...) sammendrag av tilgjengelige journalopplysningar i tilknytning til undersøkelse eller behandling av ein pasient som er nødvendig for at vidare behandling eller oppfølging av pasienten innanfor helse- og omsorgstjenesten skal skje på ein forsvarleg måte» (Helsepersonelloven, 1999, § 45 a).

3 METODE

Problemstillinga mi peikar mot fenomenologien fordi eg er interessert i korleis tilsette på Post 3 opplever musikkterapien (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 33). Kvale & Brinkmann (2009, s. 45) beskriv fenomenologi som «en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter».

For å nå fram til dei tilsette sine erfaringar og tankar om musikkterapi må eg velje ein metode. «Metode» betyr «vegen til målet» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 199), og påverkar heile forskingsprosessen og til slutt kva svar ein får (Malterud, 2012a, s. 16-19). Derfor er det viktig at problemstillinga er utgangspunkt for metodeval. Eg bestemte meg for å gjere ein kvalitativ studie, sidan det er eit godt utgangspunkt for å utforske erfaringar, tankar, haldningar, opplevingar og forventningar, i følgje Malterud (2011). Vidare kjem ei beskriving av metode for innsamling og analyse av data, i kronologisk rekkjefølgje.

3.1 Datainnsamlingsmetode: fokusgruppeintervju

Innanfor kvalitativ metode finst det ulike metodar for innsamling av data. Eg lurte først på om eg skulle lage eit spørjeskjema og dele dette ut til dei tilsette på Post 3. Deretter vurderte eg å gjere individuelle intervju, i håp om at det kunne få fram meir av deira erfaringar og tankar om musikkterapi på posten.

I Malterud si bok *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring* (2011) skriv ho mellom anna om fokusgruppeintervju. Eg syntes det høyrdes interessant ut, og valte å lese boka *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (Malterud, 2012a). Etter å ha lese denne bestemte eg meg for å gjere fokusgruppeintervju og tenkte at det truleg var mogleg å få til ein meir spanande samtale ved å gjere intervju i gruppesetting, enn ved individuelle intervju. Dessutan håpa eg at det ville gjere det mindre krevjande og eventuelt mindre skremmande for deltakarane. Malterud (2012a, s. 18) meiner sjølv at eit vellukka fokusgruppeintervju vil kunne gje meir innsikt enn individuelle intervju, både for forskar og deltakarar. Ho viser òg til fem studiar der ein har brukt fokusgruppeintervju for nettopp å sjå på erfaringar og synspunkt hos helsepersonell (Beich, Gannik & Malterud; Hana & Rudebeck; Malterud, Fredriksen & Gjerde; Modin, Tornkvist, Furhoff & Hylander; Waldorff, Bulow & Malterud, i Malterud, 2011, s. 68-73).

Eit fokusgruppeintervju ligg nærare ein vanleg samtale enn det individuelle intervju gjer (Malterud, 2012a), og eg håpa at deltakarane i fokusgruppa ville kjenne seg fri til å undre, stille spørsmål ved og kommentere det andre i gruppa sa. Eit viktig mål med ei fokusgruppe er nemleg å gje rom for samhandling. I staden for å «svare riktig» ønskte eg at dei skulle «tenkje høgt».

I følge Malterud (2012a, s. 41) møtes ei fokusgruppe vanlegvis berre éin gong, men nokon gongar dukkar det opp tema som ein ser hadde vore bra å utforske vidare. Deltakarane i min studie kjente kvarandre frå før av, sidan dei jobbar saman, og vi trong derfor ikkje å bruke tid i intervjuet for å verte kjent og trygge på kvarandre. Rettleiaren min råda meg likevel til å setje opp tidspunkt for to intervju, for sikkerheitsskuld, og så kunne eg heller avlyse det andre dersom det ikkje var nødvendig å gjere eitt til intervju etter at det første var gjennomført. Eg satt opp tidspunkt for to intervju og enda opp med å gjennomføre begge.

Eg lurte ei stund på om eg skulle gjere eit intervju med musikkterapeuten aleine før fokusgruppeintervjuet, men valte å ikkje gjere det.

3.2 Etikk

Sidan eg i denne studien behandlar personopplysingar måtte eg melde prosjektet til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (Thagaard, 2013, s. 25). Etter å ha valt metode fylte eg derfor inn eit skjema på NSD sin nettstad, med informasjon om kva prosjektet gjekk ut på (vedlegg). Eg fekk då tilbakemelding (vedlegg) der det stod at «Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33».

Eg måtte likevel få informert samtykke frå dei som skulle delta i studien min (Thagaard, 2013, s. 26). Eg laga derfor eit informasjonsskriv (vedlegg) som alle vart nøydd til å underskrive for å delta. Informasjonsskrivet informerte om målet med studien, at den var meldt til NSD og kva det innebar for dei å delta, dersom dei ønskte det.

Eit anna etisk element som er viktig er konfidensialitet (Thagaard, 2013). Det handlar om å anonymisere slik at deltakarane sin identitet er skjult. I tilbakemeldinga frå NSD var dette lagt til grunn for vurderinga deira som gjorde at studien ikkje var meldepliktig. I

informasjonsskrivet opplyste eg derfor deltakarane om at dei sjølv fekk avgjere korleis eg skulle anonymisere.

3.3 Deltakarar

Neste steg var å velje ut kven som skulle få invitasjon til å delta i fokusgruppa. Med 29 tilsette var det ikkje mogleg å ha med alle på Post 3. For stor gruppe vil uansett gjere det vanskeleg for kvar enkelt deltakar å sleppe til i samtalen, og samtalen kan ende opp med å verte uoversiktleg og overflatisk (Malterud, 2011). Malterud (2012a, s. 40) anbefalar sjølv mellom fem og åtte deltakarar.

For å sikre indre validitet ønska eg ikkje eit tilfeldig utval (Malterud, 2011), men tilsette på Post 3 som har vore i team saman med musikkterapeuten. Dette gjeld tre pasientansvarlege (ein lege, ein psykologspesialist og ein psykolog) og fleire av miljøterapeutane (med ulike utdanningar, sjå 2.5). Eg tenkte at det var viktig å ha med både pasientansvarlege og miljøterapeutar fordi dei har ulike roller på posten og dermed kanskje òg ulike erfaringar og tankar.

Av miljøterapeutane, som det er flest av, valte eg å gjere eit strategisk utval der eg prioriterte informasjonssterke deltakarar (Patton, i Malterud, 2012a, s. 42). Eg fekk då hjelp av musikkterapeuten på posten til å velje ut dei miljøterapeutane ho hadde samarbeida mest med. Seksjonsleiaren hjelpte meg deretter med å finne ut kven av desse som var på jobb på same tidspunkt som dei andre tilsette eg ønskte å ha med i fokusgruppa. Utvalet var altså strategisk, medan framgangsmåten var tilgjengelegheitsutval («convenience sample») (Thagaard, 2013, s. 61). I tillegg ønskte eg å ha med alle dei tre pasientansvarlege, seksjonsleiaren, som var med og tilsette musikkterapeuten i 2011, og musikkterapeuten sjølv.

Eg hadde som nemnt praksis på Post 3 i den same perioden, og eg valte bevisst å vente med fokusgruppeintervjua til eg hadde vore ei stund på posten. Eg tenkte at det var meir sannsynleg at folk ønskte å delta, dersom dei kjente meg. Malterud (2012a) nemner ein del andre forhold som kan vere med å avgjere om dei inviterte vel å delta. Det viktigaste er å formulere forskningsspørsmålet slik at deltakarane ønsker å vere med og belyse det, og at dei opplever at dei har nødvendig kunnskap for å kunne gjere det. Ein annan ting er å gjere det praktisk og lett å delta, og eg gjennomførte derfor intervjua på Post 3 og i arbeidstida til dei

tilsette (med hjelp og tillating frå seksjonsleiaren). I tillegg hadde eg ordna i stand litt frukt, drikke og kake til intervju.

Prosessen fram mot den endelege deltakargruppa var litt utfordrande fordi eg måtte finne to dagar som passa for dei tilsette, for rettleiaren min og meg sjølv. I tillegg skulle det vere nok tid mellom dei to intervju til at eg kunne starte analysen av det første, men ikkje så lang tid at det vart vanskeleg å «ta opp tråden igjen» i det andre intervjuet. Det var ikkje mogleg å finne to dagar der alle kunne, så eg valte å ha det første intervjuet den dagen dei fleste kunne, og heller ha det andre intervjuet den dagen ikkje alle kunne. Eg tenkte at det var betre for ein deltakar å vere med første gong, enn å «hengje seg på» i det andre intervjuet. Det var heller ikkje mogleg å finne ein dag der alle dei tre pasientansvarlege hadde moglegheit til å delta. Musikkterapeuten råda meg då til å prioritere dei to psykologane, fordi dei har vore på posten lenger enn legen.

Til slutt var to dagar bestemt, med fire vekers mellomrom. Fokusgruppa bestod då av musikkterapeuten, seksjonsleiaren (som mellom anna er utdanna barnevernspedagog), to pasientansvarlege (ein psykologspesialist og ein psykolog), to miljøterapeutar (ein sjukepleiar og ein vernepleiar) og rettleiaren min og meg. Den eine miljøterapeuten hadde dessverre berre moglegheit til å vere med på det første intervjuet.

3.4 Førebuing

Etter at eg hadde meldt prosjektet til NSD, valt ut og informert deltakarane om studien og bestemt tidspunkt for dei to fokusgruppeintervju, var det eit par siste ting eg måtte gjere før intervju kunne gjennomførast. Eg ønskte å lage ein intervjuguide til det første fokusgruppeintervjuet, men med ei så open problemstilling som eg hadde valt visste eg ikkje kva deltakarane kom til å ville prate om. Eg valte derfor å ha ein delvis strukturert intervjuguide (vedlegg), med eit par opne spørsmål som eg såg for meg kunne fungere som utgangspunkt som samtalen (Thagaard, 2013). Intervjuguiden til det andre fokusgruppeintervjuet (vedlegg), som eg laga i vekene mellom dei to intervju, var meir spissa fordi eg då tok utgangspunkt i ting som vart sagt i det første intervjuet og som eg hadde lese om i litteraturen.

Rettleiar og eg måtte òg avgjere kven som skulle ha kva for ei rolle undervegs i dei to intervju. Det er vanleg å ha ein moderator som styrer samtalen, stimulerer til interesse og

deltaking, oppmuntrar deltakarane til å samtale med kvarandre, og samtidig passar på at alle får sleppe til (Malterud, 2012a). Rettleiaren min og eg vart einige om at han skulle vere moderator i første intervjuet og eg i det andre, som Malterud (2012a, s. 65) foreslår. For meg, som aldri hadde vore moderator i eit intervju før, var det godt å kunne observere nokon andre først. I tillegg var det viktigare for meg å leie det andre intervjuet, fordi eg då ønska å styre samtalen meir gjennom ein meir spissa intervjuguide.

Malterud (2012a) foreslår at den andre personen kan vere sekretær og notere ned kven som seier kva, fordi dette kan vere vanskeleg å avgjere når ein i ettertid skal høyre opptaka. Eg ser for meg at dette kan verte forstyrrende for deltakarane. Dessutan opplevde eg ikkje at det var nødvendig, sidan eg kjenner deltakarane sine stemmar godt. Medmoderator, først eg og deretter rettleiar, vart derfor heller ein observatør som forsøkte å ha overblikk over samtalen, med moglegheit for å stille spørsmål undervegs eller fange opp element som moderator ikkje fekk med seg.

3.5 Gjennomføring

Dei to intervjuva vart bestemt til å vare opp mot 90 minutt, slik som Malterud (2012a, s. 20) meiner er passande lengde. Eg brukte då to opptakarar til å ta lydopptak med, slik at eg kunne høyre og transkribere intervjuet etterpå (Malterud, 2012a; Malterud, 2011). Desse plasserte eg på kvar sin ende av bordet, for å vere sikker på at eg høyrde alle deltakarane godt. Eg starta å transkribere intervjuet same dag som dei vart gjennomført, både første og andre gong. Eg valte òg å starte analysen av det første intervjuet så fort som mogleg, for å kunne ha oversikt over datamaterialet frå det første intervjuet før eg skulle gjennomføre det andre.

Det andre intervjuet vart starta med at deltakarane og eg vart einige om anonymisering. Dette meinte eg eigentleg å gjere allereie i det første intervjuet, men det vart dessverre gløymt på grunn av hastverk i dei siste minutta. På førehand hadde eg prata med seksjonsleiaren som sa at eg ikkje behøvde å anonymisere Haukeland og Post 3. I intervjuet foreslo eg for dei tilsette at eg kunne vise til dei med stillinga deira, fordi eg tenkte det kunne vere interessant for lesaren å kjenne til. Deira rolle på posten påverkar gjerne erfaringane og tankane deira kring musikkterapi. Dette sa alle seg einige i. Anonymiseringa er dermed svak, men slik ville det truleg ha vore uansett sidan det er ein så unik kontekst. Sidan deltakarane uttalar seg som

fagpersonar og ikkje som privatpersonar, og det ikkje vert vist direkte til noko pasientar i funna, meiner eg at dette er greitt.

3.6 Analyse

I følge Malterud (2011, s. 15) handlar forskning ikkje berre om å utvikle kunnskap, den må òg systematiserast. Først steg er å transkribere, og som nemnt starta eg med dette allereie same dag som intervjuet vart gjennomført.

3.6.1 Transkribering

Å transkribere betyr å transformere (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 186-188). I denne samanhengen handla det om å transformere opptaka til tekst, for å få betre oversikt over materialet. Kvale & Brinkmann argumenterer for at transkripsjonen er ein del av analysen fordi kommunikasjonselement som stemmeleie, kroppsspråk og gestar forsvinn.

Eg starta transkriberinga berre nokre timar etter at eg hadde gjennomført intervjuet, for å ha det friskt i minnet. Eg høyrde då først igjennom opptaket frå den eine opptakarane, i 30 % redusert tempo (ein funksjon på opptakaren), medan eg noterte ned alt som vart sagt. Eg stoppa etter kvar strofe, og spola tilbake dersom eg gjekk glipp av noko. Dei stadane eg var særleg usikker på om eg hadde høyrte riktig markerte eg med ein farge.

Det er fleire måtar å transkribere på (Kvale & Brinkmann, 2009), og eg valte i første omgang å skrive ordrett det som vart sagt, på deltakarane si dialekt. Eg var redd for at eg kunne komme til å endre innhaldet i det deltakarane sa dersom eg gjorde om til skriftspråk «i farta». I tillegg kunne eg transkribere fortare på denne måten. Eg tok i utgangspunktet òg med alle gjentakingar og halve setningar.

Etter å ha høyrte det første opptaket éin gong, sakte og med stopp og tilbakespuling, høyrte eg opptaket frå den andre opptakaren, og følgde med på det eg hadde skrive. Eg tok meg ekstra tid der eg hadde markert at eg var usikker. Til slutt høyrte eg heile intervjuet i normalt tempo, medan eg følgde med på transkripsjonen.

3.6.2 Systematisk tekstkondensering

Neste del av analysen handlar om å fortolke og samanfatte materialet (Malterud, 2011). Etter å ha lese om ulike analysemetodar, fall eg til slutt på Malterud si «systematisk tekstkondensering». Denne er eigna for tverrgåande analyse, som består i å samanfatte informasjon frå fleire informantar, nettopp slik som eg ville gjere. Systematisk tekstkondensering er utarbeida av Malterud sjølv, og har sitt utspring i Giorgis fenomenologiske analyse (Malterud, 2011, s. 96). Metoden har òg mange fellestrekk med dei kjente Grounded Theory og Interpretative Phenomenological Analysis.

Systematisk tekstkondensering består av fire trinn (Malterud, 2012b):

1. Å danne eit heilheltsinntrykk – frå kaos til tema
2. Identifisere og sortere ut meiningsbærande delar – frå tema til kodar
3. Kondensering – frå kode til meining
4. Syntetisering – frå kondensat til beskrivingar og konsept

Vidare vil eg beskrive korleis eg analyserte datamaterialet via desse fire trinna. For å styrke studiens reliabilitet vil eg leggje vekt på å beskrive forløpet grundig, for på den måten å gjere forskingsprosessen så gjennomsiiktig som mogleg (Silverman, i Thagaard, 2013, s. 202). Ved hjelp av nokre enkle figurar vil eg forsøkje å synleggjere korleis temaa vart forma og utvikla undervegs i analysen.

Sidan eg valte å gjere to intervju, gjennomførte eg dei fire analysetrinna to gongar på to forskjellige tidspunkt. Som Malterud (2012b, s. 801) anbefaler gjorde eg dei tre første trinna i analyseprosessen etter at eg hadde transkribert det første intervjuet, før eg gjennomførte det andre. Dette kan vere til hjelp når ein skal utforme intervjuguide nummer to. Etter det andre intervjuet gjennomførte eg dei tre første analysetrinna med transkripsjonen frå det andre intervjuet, før eg til slutt slo saman tema frå dei to intervjuar som eg såg korrelerte og gjorde analysetrinn nummer fire.

Trinn 1: frå kaos til tema

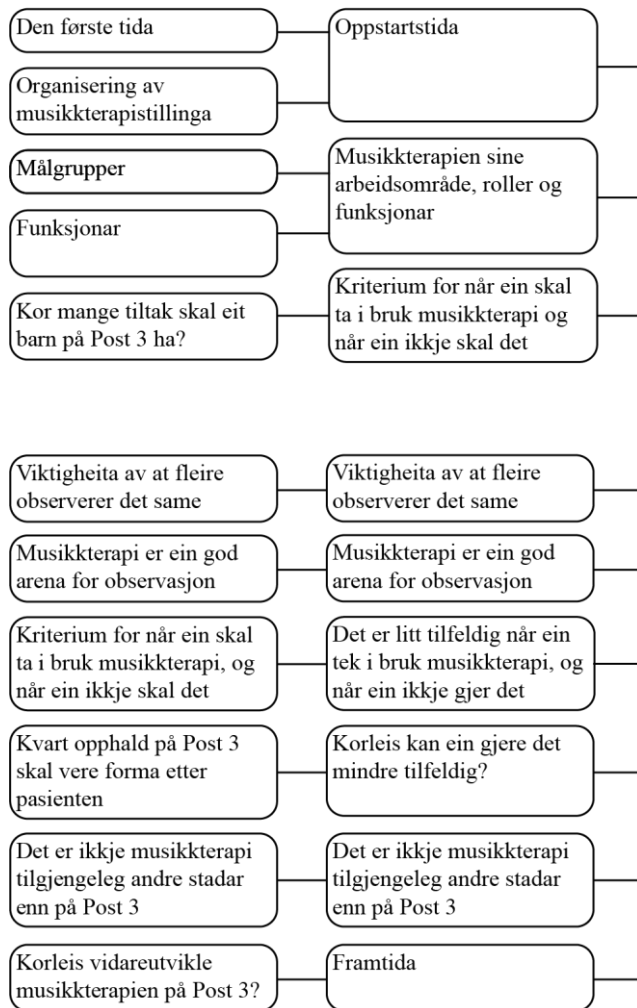


Første trinn i analysen, frå kaos til tema, handlar om å bli kjent med og få oversikt over materialet (Malterud, 2012b). Målet på dette trinnet er å finne fram til fire til seks tema som ein ser i transkripsjonen. Eg las då igjennom transkripsjonen og noterte ned tankar og tema som dukka opp undervegs, på eit separat ark. Som Malterud rår ein til forsøkte eg her å setje mi eiga forforståing i parentes, slik at temaa fekk «dukke opp» i staden for at eg «drog dei fram» frå teksten. Eg kom då fram til fem tema frå det første intervjuet og seks frå det andre intervjuet, som er presentert i figuren til venstre.

Sjølv om eg forsøkte å setje mi forforståing i parentes, meiner Malterud (2012b) at det kan vere lurt å la fleire lese igjennom transkripsjonen og sjå om deira tema liknar på dei ein sjølv har formulert. Sidan eg i informasjonsskrivet opplyste deltakarane om at berre rettleiaren min og eg hadde tilgang til dataa, kunne eg ikkje la andre få lese transkripsjonen. Eg trur uansett at det er viktig å ha vore til stades i intervjuet for å verkeleg kunne forstå innhaldet.

Malterud (2011) skriv at det er positivt om temaa som dukkar opp ikkje er for like temaa i intervjuguiden, fordi det betyr at ein har vore open når ein har leita etter tema i transkripsjonen. Dette stemmer best for analysen av det første intervjuet, fordi intervjuguiden då var veldig open og eksplorativ. Temaa frå det andre intervjuet var naturlegvis tettare knytt til intervjuguide nummer to fordi den var meir spesifikk.

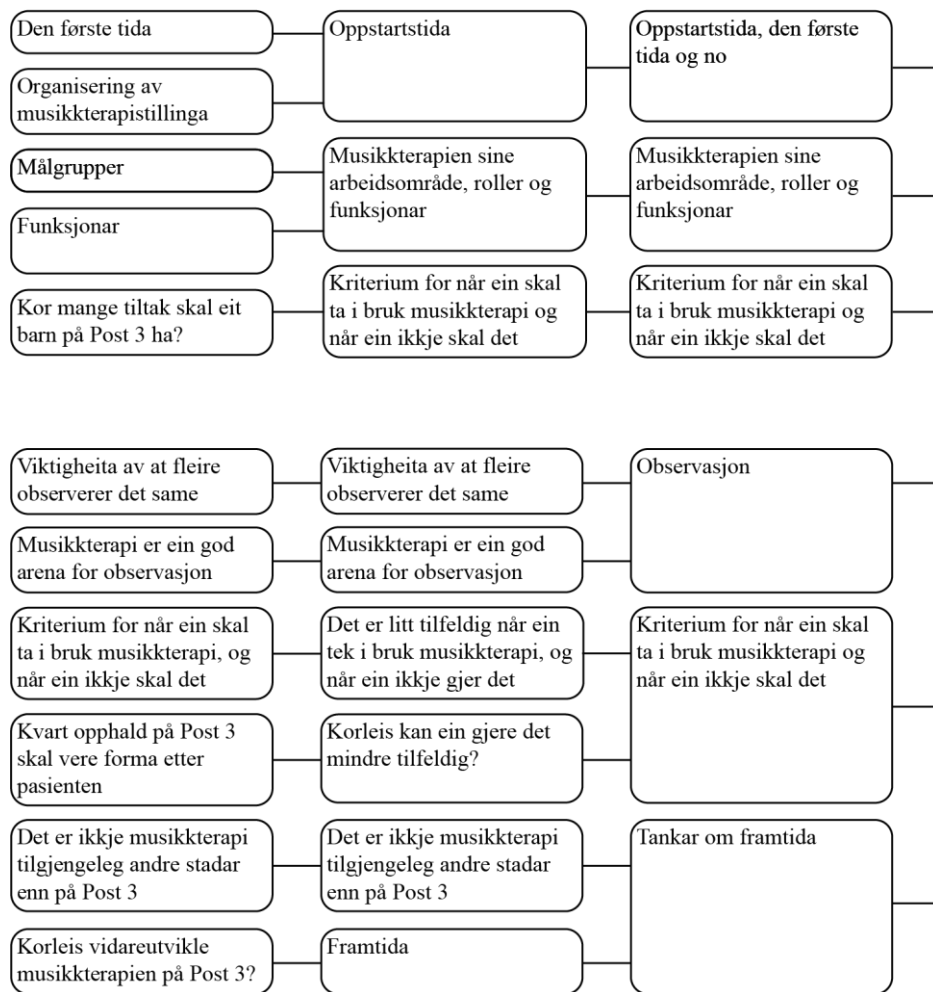
Trinn 2: frå tema til kodar



På neste analysetrinn gjekk eg gjennom transkripsjonen igjen, då meir systematisk for å identifisere og sortere ut meiningsbærande delar (Malterud, 2012b). Det handlar om å skilje det relevante frå det irrelevante (Malterud, 2011). Eg gjorde dette ved å kopiere heile transkripsjonen inn i eit nytt tekstdokument, slik at eg framleis hadde ein originalversjon, og markerte teksten med ulike fargar ut frå temaa eg hadde laga under førre analysetrinn. Dette er ein av metodane Malterud (2012b, s. 798) foreslår. Dette trinnet inneber dermed å dekontekstualisere, ved å fjerne tekstbitane frå deira originale kontekst, og gruppere saman dei tekstbitane som høyrer til same tema. Namna på temaa vart justert der eg såg det var naturleg, sjå figur til venstre.

Trinn 3: frå kode til meining

Under analysens tredje trinn delte eg kodegruppene inn i subgrupper (Malterud, 2012b). Eg formulerte så kunstige sitat til kvar av desse, med så mykje som mogleg av orda og formuleringane frå sjølve transkripsjonen. Det er desse «sitata» Malterud (2012b, s. 799) kallar kondensat. Òg her gjorde eg nokre endringar i temaa, sjå figur:



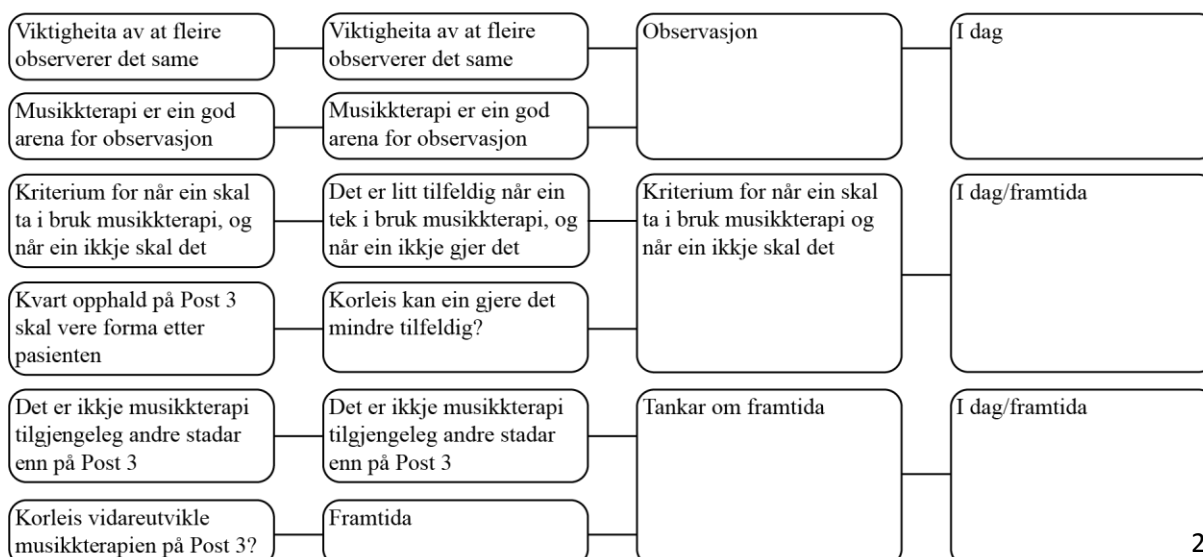
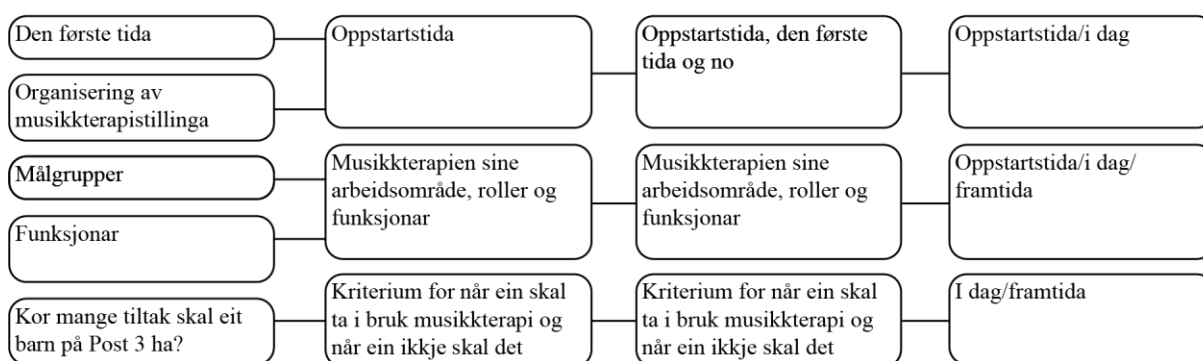
Som nemnt gjorde eg desse tre trinna av analysen av det første intervjuet, før det andre intervjuet var gjennomført (Malterud (2012b, s. 801). Dei tre temaa eg då var komen fram til (sjå figur over), vart utgangspunkt for ein del av spørsmåla til intervjuguide nummer to. Derfor er det tema frå analysen av første og andre intervju som liknar.

Trinn 4: frå kondensat til beskrivingar og konsept

Etter å ha gjennomført begge intervjua og dei tre første analysetrinna av desse, valte eg å slå saman tema frå dei to intervjua som eg såg korrelerte. Sidan eg ikkje hadde som mål å sjå på meiningsendring hos deltakarane, ønska eg å presentere funna tematisk. Av den grunn legg eg i presentasjonen av funna ikkje så mykje vekt på kva som vart sagt i det første intervjuet og kva som vart sagt i det andre. Funna frå dei to intervjua vert altså presentert saman.

Sjølv om eg ikkje ønska å sjå på meiningsendring hos deltakarane, opplevde eg samtalen i det andre fokusgruppeintervjuet som meir spissa. Dette heng truleg saman med at intervjuguiden då inneheldt fleire og meir konkrete spørsmål. I tillegg var det då gått fire veker sidan det førre intervjuet, slik at deltakarane hadde hatt tid til å tenkje på det som vart prata om i intervju nummer éin. Dei var med andre ord kanskje meir førebudd til det andre intervjuet.

Under det siste trinnet av analysen såg eg at funna kunne slåast saman til tre hovudtema, med ulike tidsperspektiv: erfaringar med bruk av musikkterapi i oppstartstida, erfaringar og tankar om bruk av musikkterapi i dag, og tankar om bruk av musikkterapi i framtida, sjå figur under. Nokre av temaa passa under fleire av desse tre tidsromma.



Siste del av analysen handlar om å rekontekstualisere, altså å setje bitane saman igjen (Malterud, 2012b; Malterud, 2011). Eg formulerte dermed ein analytisk tekst for kvart av desse temaa, framleis med så mykje som mogleg av ord og formuleringar frå transkripsjonane (Malterud, 2012b; Malterud, 2011). Desse analytiske tekstane er resultatet av analysen, og representerer det som vart sagt i intervjua. Desse vert presentert i neste del av oppgåva.

3.7 Refleksivitet

For å gjere analysen påliteleg har eg forsøkt å gjere prosessen gjennomsiiktig. Eg har òg valt å bruke deltakarane sine eigne ord og formuleringar frå intervjua så mykje som mogleg, for å unngå å endre meiningsinnhaldet (Malterud, 2011). Likevel vil eg som forskar, som nemnt, påverke forskinga. Sjølve temaet for denne oppgåva, musikkterapi med barn med psykiske vanskar, kjem jo nettopp frå mi interesse for dette feltet. Dette kan fungere som ein god motivasjon, men kan på den andre sida auke faren for at ein ender opp med å ville bekrefte eigne forventningar, slik at ein dermed ikkje vert open for det uventa (Malterud, 2011)

Meir konkret vil metodeval påverke funna. Det er for eksempel fleire sider ved innsamlingsmetoden fokusgruppeintervju som eg som forskar må vere bevisst på for å sikre validiteten. Sidan eg samla inn data i ei gruppesetting, kan det ha oppstått roller som ikkje ville ha oppstått i individuelle intervju (Malterud, 2011). Det kan ha oppstått ei form for konformitet i fokusgruppa, der deltakarane ikkje våga å seie kva dei meiner i frykt for å skilje seg ut. Dette er kanskje spesielt ein fare i denne studien, sidan deltakarane er kollegaar og vil oppretthalde ein god tone seg i mellom. Det kan òg ha vore eit hierarki i gruppa, som det naturleg er på mange arbeidsplassar. Kanskje var det òg tilfelle her, sidan deltakarane har ulike roller og kanskje òg ulik «makt» eller evne til påverknad på posten. Dette kan føre til poseringsbias og innsamlingsbias, der deltakarane svarer det dei trur andre vil høyre eller for å vise at ein er einig med det nokon andre seier (Malterud, 2012a, s. 86). Det kan òg skje i ei gruppe at éin eller eit par deltakarar dominerer samtalen, slik at ikkje alle sine meiningar kjem fram. I mine transkripsjonar kunne det eksempelvis sjå ut til at dei to pasientansvarlege prata mest. Dette kan truleg henge mykje saman med spørsmåla eg hadde formulert, ved at mange av dei var meir retta mot dei pasientansvarlege. Moderator har derfor eit viktig jobb i fokusgruppeintervju, for å skape ein trygg atmosfære og samtidig passe på at alle får sleppe til i samtalen (Malterud, 2011).

At deltakarane i fokusgruppa kjente kvarandre og meg frå før av gjorde truleg at det var mindre sjenanse og meir openheit (Malterud, 2012a). At rettleiaren min, som var moderator i det første intervjuet og medmoderator i det andre, var ukjent for alle deltakarane utanom musikkterapeuten, påverka likevel kanskje gruppedynamikken. At han i tillegg sjølv er musikkterapeut gjorde at tre av åtte til stades i fokusgruppa var musikkterapeutar/musikkterapistudent. Dette gjorde kanskje at deltakarane svara annleis enn dei kunne ha gjort dersom det ikkje var nokon musikkterapeutar til stades (Malterud, 2012a, s. 76). At ein av musikkterapeutane var deltakarane sin eigen kollega kan òg ha gjort at dei ikkje våga å seie alt dei tenkte og meinte.

Fleire av desse tinga hadde kanskje vore unngått om eg heller hadde gjort individuelle intervju med nokon av dei tilsette. Men måla for ei fokusgruppe er jo ikkje det same som måla for individuelle intervju (Malterud, 2012a, s. 20), og eg valte jo fokusgruppeintervju fordi eg gjerne ville ha interaksjon mellom deltakarane.

4 FUNN

Mot slutten av analysen såg eg, som nemnt, at deltakarane sine erfaringar og tankar om bruk av musikkterapi kan delast inn i tre hovuddelar, knytt til ulike tidspunkt:

- 1) Bruk av musikkterapi i oppstartstida
- 2) Bruk av musikkterapi i dag
- 3) Bruk av musikkterapi i framtida

Desse kan sjåast på som tre punkt på ein tidsakse, og synleggjer at deltakarane sine erfaringar og tankar har forandra seg med tida:



Eg vil vidare presentere funna etter denne tredelinga: bruk av musikkterapi i oppstartstida, bruk av musikkterapi i dag, og bruk av musikkterapi i framtida.

Etter avtale med deltakarane vert dei her omtalt som pasientansvarleg, miljøterapeut, musikkterapeut og seksjonsleiar. Eg legg ikkje vekt på å skilje dei to pasientansvarlege og dei to miljøterapeutane frå kvarandre, då dette ikkje er relevant for oppgåva.

4.1 Bruk av musikkterapi i oppstartstida

Seksjonsleiaren fortalte at då musikkterapeuten kom til Post 3 i 2011 var det ein ny profesjon inn blant sju andre profesjonar. For mange av deltakarane i fokusgruppa var musikkterapi på den tida eit forholdsvis ukjent fag, men dei fleste hadde høyrte om det. Den eine miljøterapeuten var den einaste av dei som hadde vore i nærkontakt med musikkterapi før denne tida, då på ein langtidspsykiatrisk post for vaksne der ho jobba tidlegare.

Sidan den gong har det i følgje deltakarane vore ein prosess med stor endring, der dei har fått meir kjennskap til musikkterapi. Den eine pasientansvarlege sa at

det har forandra seg mykje for meg i alle fall. Frå å vere eit tiltak som var spanande, men som eg ikkje hadde eit veldig klart bilete av korleis kunne vere nyttig for meg. Det var

heller ikkje sånn at eg tenkte at det var unyttig, men det var berre litt utydeleg på det tidspunktet. Men no opplever eg at mål og metode er vorte meir tydeleg.

Seksjonsleiaren sa at «det har vore ein prosess som eigentleg musikkterapeuten har drifta mykje sjølv, for å gje oss kunnskap». Blant anna vart det tidleg gjort i stand møter med dei tilsette på posten, der musikkterapeuten fekk fortelje kva musikkterapi er og kan vere innan psykisk helsevern for barn. Den eine miljøterapeuten sa at ho synes «det var ein veldig fordel at musikkterapeuten hadde ein slik presentasjon, der ho fortalte litt om kva ho tenkte om si rolle og kva ho tenkte kunne vere bra». Den andre miljøterapeuten nemnte i tillegg ein gong då musikkterapeuten presenterte eit musikkterapiforløp for dei andre tilsette. Han sa at «det var eit av gjennombrota for min del og for mi forståing av musikkterapi. For då vart det lett å sjå parallellar til resten av behandlinga». I tillegg sa deltakarane at dei har gjort seg erfaringar gjennom dei sakene musikkterapi har vore ein del av til no, på Post 3.

Musikkterapeuten fortalte sjølv litt om korleis ho opplevde den første tida på Haukeland Universitetssjukehus. Ho låg vekt på at stillinga hennar i starten var delt mellom mange ulike avdelingar på sjukehuset:

Eg var veldig mange plassar, men såg raskt at det var ein dårleg måte å organisere det på. Så eg sa ganske tydeleg ifrå om det, og sa at eg ønskte å vere meir her på Post 3. Opplevinga av å vere så mange plassar gav jo meg ein oversikt over korleis dei ulike avdelingane fungerte, og eg opplevde at dei tilsette på Post 3 var meir vane med å jobbe tverrfagleg enn mange av dei andre avdelingane. Derfor ønskte eg å vere meir her.

Då ho ei stund seinare i tillegg fekk nytt kontor i same korridor som dei pasientansvarlege på Post 3, opplevde både ho og dei pasientansvarlege som deltok i fokusgruppa ei stor endring. «Det vart mykje meir tilgjengeleg dialog», sa ein av dei.

4.2 Bruk av musikkterapi i dag

Etter å ha prata om «bruk av musikkterapi i oppstartstida», spurte moderator i det første intervjuet korleis dei tek i bruk musikkterapien i dag. Dette vart utforska vidare i det andre intervjuet. Det kom fram at musikkterapien vert brukt mest til observasjon og kartlegging, men òg som behandling.

I tillegg vart tre konkrete diagnosar nemnt eksplisitt i løpet av dei to fokusgruppeintervjua. Desse var selektiv/elektiv mutisme, som vart omtalt av den eine pasientansvarlege som ein «opplagt inngang til musikkterapi, både som observasjon og behandling». Den andre pasientansvarlege sa at ho tenkte at musikkterapi «spesielt er nyttig i forhold til autisemekartlegging, fordi musikkterapien er ein veldig god arena for å kartlegge barnets evne til gjensidigheit og kommunikasjon». I tillegg spurte ein av miljøterapeutane: «har vi ikkje brukt musikkterapi ein del gongar i forhold til eteforstyrningar, med ganske gode erfaringar?», noko musikkterapeuten bekrefta.

Vidare kjem funna knytt til «bruk av musikkterapi i dag» under overskriftene «musikkterapi som observasjons- og kartleggingsarena», «musikkterapi som behandling» og «tankar om når ein skal ta i bruk musikkterapi, og når ein ikkje skal det».

4.2.1 Musikkterapi som observasjons- og kartleggingsarena

I følge den eine pasientansvarlege kjem dei fleste barna til Post 3 for kartlegging, og då tek dei hovudsakleg i bruk observasjon som verktøy. Ho sa vidare at det første ho brukte musikkterapien til var nettopp for å innhente observasjonar som kunne supplere observasjonane som vart gjort på skulen og i miljøet på posten, og tilbakemeldingar frå foreldre. Ho fortalte at

då såg vi ganske raskt at det musikkterapeuten såg og dei tankane ho gjorde seg i musikkterapien, det likna veldig på det vi såg og dei tankane vi gjorde oss på andre arenaar. Så det vert jo ein styrke av observasjonsgrunnlaget vårt å kunne seie at «det og det ser vi i posten, og det ser vi òg i musikkterapien og det ser vi òg på skulen».

Dei to pasientansvarlege låg vekt på kor viktig det er at fleire observerer det same. Dei fortalte at mange av barna som kjem til posten i utgangspunktet er veldig godt utreda allereie, men at det ofte er ulike resultat på ulike tidspunkt og ulike arenaar, og det gjer det rotete og vanskeleg å finne ut av. Som den eine pasientansvarlege sa:

det å sjå ting mange stadar høyrer meir unyttig ut enn det er. Det er kanskje eit av hovudpoenga våre. Det å seie at «vi har sett dette og dette og dette, og vi har sett det på skulen, vi har sett det med mamma, vi har sett det med miljøterapeut, vi har sett det i musikkterapi og vi har sett det i fysioterapi», det vert plutsleg eit poeng. Fordi

summen av dette gjer at vi kan seie til BUP at «no kan de gå for denne forståingsmodellen her». Så det å bekrefte gong på gong det er på ein måte eit poeng, og ikkje ein unyttighet. Det gjer at vi kan trekkje konklusjonar om barnet.

Vidare fortalte ho at dei etter kvart har begynt å ha foreldre med i musikkterapien, slik at det ikkje berre vert ein arena for å sjå på barnet, men òg sjå på korleis mor eller far følgjer og støtter barnet sine initiativ. Dette sa musikkterapeuten at ho synes «er ein veldig spanande måte å jobbe på», og som ho kunne tenkje seg å gjere endå meir av.

I det andre fokusgruppeintervjuet spurte moderator om det alltid var slik at det musikkterapeuten observerte likna på det andre såg og dei tankane andre gjorde seg. Eller var det gongar der det musikkterapeuten såg ikkje stemte med det andre såg, eller supplerte med noko nytt? «Supplerer gjer det definitivt», sa den eine pasientansvarlege, «men eg kan ikkje hugse at vi direkte har funne forskjellige ting». Ho sa dessutan at i forhold til samspel, som ofte er observasjonsfokuset på posten, opplevde ho at observasjonane frå musikkterapien var «raskare to the point», enn det ho fekk beskrive frå andre tilsette. Ho syntes i tillegg at særleg barnets evne til gjensidigheit og å følge andre kom tydelegare fram i musikkterapien enn andre stadar. Derfor, dei gongane ho har vore veldig usikker på autismeproblematikk, har ho venta på observasjonane frå musikkterapien og tenkt at dei ville vere avgjerande for kva ho bestemte seg for i forhold til diagnose.

Ein av dei pasientansvarleg meinte at barna får litt det same i musikkterapien som dei får saman med miljøterapeutane, som han sa òg er «godt inntona vaksne som er gode på relasjon». Seksjonsleiaren påpeika då at observasjon kan gjerast på mange måtar, og at det derfor er viktig at dei veit korleis dei skal bruke musikkterapien, fordi det kostar å ha ein musikkterapeut. Ha sa at

om ein miljøterapeut tek bussen til byen med eit barn og lar det vandre rundt på Festplassen og Torgallmenningen og går opp til kinoen, utan å gje så mange instruksar, så får ein mange observasjonar som er gull verdt i forhold til det vi heldt på med. Så det finst jo mange arenaar. Men viss vi får dei same observasjonane i musikkterapi som vi får ved å gå ned på Festplassen, så er det billigare å ta bussen til byen, viss du skjønner.

Seksjonsleiaren meinte at dei tilsette skal utfylle kvarandre, men at det ikkje betyr at dei må bli like. «Vi skal ikkje kunne gjere kvarandre sin jobb», sa han. Fleire av deltakarane i fokusgruppa gav uttrykk for at dei meinte musikkterapien særleg var ein god arena for

observasjon, og samtalen bevega seg etter kvart inn på tankar kring korleis musikkterapi skil seg frå dei andre tiltaka på posten, i arbeid med observasjon og kartlegging. Den eine miljøterapeuten sa mellom anna:

Eg tenkjer ofte at musikkterapien må vere ein veldig god arena for å drive kartlegging, eller observasjon, eller kva vi skal kalle det, fordi musikkterapeuten heldt veldig mange parameter like frå gong til gong. Og det slit vi ofte med i miljøet. Der er det heile tida andre faktorar til stades som påverkar situasjonen: andre personar, andre barn, andre foreldre, andre på jobb. Altså det er meir «støy» i ein miljøsetting. Medan i musikkterapien er det mindre forstyrning og færre element som påverkar det som skjer i rommet.

Dei to pasientansvarlege nikka og sa «godt poeng», og seksjonsleiaren bekrefta med å seie

ja, det er stabile rammer i musikkterapien. Og det gjer vel at det òg vert føreseieleg for barnet. At dei veit kva dei går til. «Vi skal inn i det rommet, og der er det slike instrument. Eg veit at vi skal ha musikk saman, og eg veit at eg skal få lov til å eksperimentere eller syngje», ikkje sant. Og det skapar jo tryggleik.

Den eine pasientansvarlege svara då at

sjølv om det ikkje er så mykje stimuli utanfrå, så er det jo enormt mykje å velje i innanfor det rommet. Sånn at dei barna som ikkje har så lett for å organisere seg, dei kan sikkert verte springande litt rundt.

Musikkterapeuten bekrefta dette, men sa at det stort sett skjer i den første timen, og at dei deretter roar seg ned, når dei veit kva dei kjem til.

At musikkterapien som regel er éin til éin var ein annan ting deltakarane trakk fram som positivt i arbeid med å gjere observasjonar. Dette fortalte den eine miljøterapeuten at var vanskeleg å få til i miljøet. Den eine pasientansvarlege sa då at han derfor tenkte noko kunne verte synleg i musikkterapien, som ikkje var like synleg på skulen eller i andre grupper der barnet er.

I tillegg til at mange av deltakarane meinte rammene i musikkterapi gjorde musikkterapi godt eigna som observasjonsarena, meinte den eine miljøterapeuten at det er positivt at musikkterapi «i utgangspunktet er ein lystbetont aktivitet, med få krav». «Ja, skulen vert for eksempel eit krav, men i musikkterapien er det ein frivillighet», la seksjonsleiaren til.

Musikkterapeuten sa då at ho har fokus på nettopp å ikkje stille krav til barna, men heller å møte dei der dei er, mellom anna fordi ho meiner at musikkterapien skal vere noko anna enn musikkfaget barna har på skulen.

Desse tre tinga: at det er stabile rammer, at det er éin til éin, og at det er ein lystbetont aktivitet utan krav, gjorde at den eine miljøterapeuten sa at han ser for seg at ein kan sjå ei særleg god fungering hos barna når dei er i musikkterapi. Seksjonsleiaren kommenterte kor mykje optimal fungering ein kan sjå hos barnet, viss ein berre legg til rette.

Ein siste ting som vart tatt opp i forhold til musikkterapi som observasjonsarena versus andre observasjonsarenaar på posten var at den eine pasientansvarlege meinte at musikkterapeuten er god på å skilje mellom det ho ser og korleis ho tolkar det ho ser. Den pasientansvarlege sa at

dette er noko eg ser at vi strevar med å bli gode på. Enten klarer vi ikkje å beskrive ting, vi berre seier kva vi meiner om det, eller så beskriv vi ting, men klarer ikkje å konkludere med kva vi meiner om det.

Dette var noko ho meinte fungerte godt i musikkterapien, og som kom til syne i systematiske journalnotat der musikkterapeuten skil mellom det ho og barnet gjorde, og korleis ho forstår det barnet gjorde. For eksempel «om musikkterapeuten opplevde at barnet var i samspel med ho eller ikkje, og om ho opplevde at barnet fekk formidle kva det ville formidle eller ikkje», sa den pasientansvarlege. Dette er ein kvalitet som dei jobbar for å klare og hente fram andre stadar på posten, men som er vanskeleg, i følgje ho. Den andre pasientansvarlege såg ut til å vere einig i dette, og nikka bekreftande fleire gongar.

Seksjonsleiaren hadde nokre tankar om kvifor dette er vanskeleg for miljøterapeutane å få til på same måte som musikkterapeuten. Ein ting er, som den eine miljøterapeuten hadde nemnt, at det er meir «støy» i miljøet enn i musikkterapirommet. Men òg at

ein treng ikkje å vere med barnet heile vakta for å gjere observasjonar, men heller korte augneblink. Så det er klart at for miljøterapeutane som er saman med eit barn og familien frå klokka tre og til leggjetid, så vert det ufatteleg vanskeleg å vere spissa. Så kanskje skal ein ikkje vere med barna heile tida for å gjere gode observasjonar, fordi det då vert for mykje å sortere og for mykje å ta inn over seg. Sånn at éin eller to timar i veka, som musikkterapeuten har, gir eit heilt anna utgangspunkt.

4.2.2 Musikkterapi som behandling

Temaet observasjon og kartlegging tok mykje plass i begge fokusgruppeintervjua, men vi prata òg om musikkterapi som behandling. Ein av dei pasientansvarlege sa at ho ser på musikkterapi som like nyttig i forhold til behandling som til observasjon og kartlegging av barna, men at det då må vere lagt til rette for og organisert for behandling. Dei ønsker ikkje å setje i gang med behandling, dersom det ikkje har ein viss hyppighet og eit viss omfang, slik at det vert kontinuitet i det. Den eine pasientansvarlege sa at dersom ho sjølv skulle velje å bruke musikkterapi som behandling i ei sak, så måtte det vere musikkterapi to gongar i veka kvar veke, og dei måtte ha ei konkret målsetting for kva som skal oppnåast gjennom det. Eller at barnet er på posten litt lenger enn seks veker, som nokon barn er. «Då synes eg det er eit spanande supplement som behandling, men det vil berre passe på nokon av sakene», sa ho, sidan dei hovudsakleg jobbar med observasjon og kartlegging. Som ho sa:

det er jo derfor vi har dei inne ein kort periode, fordi det er avgrensa. Fordi vi driv ikkje å byggjar relasjonar som skal vere støtterelasjonar for desse barna vidare inn i farmtida. Vi fasiliterer den prosessen dei har med BUP og den prosessen dei har med foreldra sine. Og vi prøver å hjelper dei som er støttepersonane til auka forståing av barna. Og då tenkjer eg at det kan vere avgrensa.

Etter kvart har dei òg prøvd ut musikkterapi som behandling med foreldre til stades. Barna har jo med seg foreldre på posten, og posten jobbar ein del med foreldrerettleiing og foreldrearbeid. Den siste tida har derfor musikkterapeuten inkludert foreldre i musikkterapien, for å hjelpe dei til betre samspel med barnet sitt.

4.2.3 Tankar om når ein skal ta i bruk musikkterapi, og når ein ikkje skal det

Det vart tydeleg i dei to fokusgruppeintervjua at musikkterapien hovudsakleg vert brukt som ein arena for observasjon, men etter kvart òg som behandling, både med og utan foreldre til stades. Alle deltakarane i fokusgruppa var samstundes einige i at musikkterapi ikkje skal brukast i alle saker, fordi sakene er så ulike og komplekse. Det er dei tre pasientansvarlege på posten, saman med foreldre og BUP, som avgjer når ein skal ta i bruk musikkterapi og når ein ikkje skal det, og om fokuset skal vere på observasjon eller behandling. Den eine pasientansvarlege sa at

eg opplever veldig sjeldan at poliklinikkane har eit bevisst forhold til at det finst eit slik tilbod som musikkterapi her på posten, så med mindre eg set dei på sporet av det så får eg ikkje noko innspel frå dei angående det.

Dei gongane han foreslår for foreldre og BUP å bruke musikkterapi som tiltak opplever han at dei eigentleg svarer på om det høyrer kjekt ut, meir enn at dei tenkjer at barnet har behov for det, sa han. Den andre pasientansvarlege fortalte at ho sjølv avgjer om ho tenkjer at musikkterapi er aktuelt eller ikkje, før ho eventuelt tek det opp på møte med foreldra og BUP. Då spissar ho det meir ved å seie for eksempel at «eg foreslår at vi tek i bruk musikkterapien som ein observasjonsarena, er det greitt for dykk?». Det vert med andre ord dei pasientansvarlege sin gjennomgang av saka på førehand, via journallesing og møter med foreldre og BUP, som avgjer om musikkterapi vert tatt i bruk eller ikkje i kvar enkelt sak.

I det andre fokusgruppeintervjuet valte moderator å spørje meir om dette. Kva er det som gjer at dei pasientansvarlege vel å foreslå musikkterapi for foreldre og BUP nokon gongar, men ikkje alltid? Kva for nokre «kriterium» har dei? Begge dei pasientansvarlege svara rakst «hm!», før den eine sa at «det er eit veldig godt spørsmål». Ein av dei svara så at

eg trur eg, viss eg skal vere heilt ærleg, må seie at det er litt tilfeldig kva som uløyser det. Det er jo klart, får eg eit innspel på at her er det musikkinteresse, så vert eg jo veldig pålogga til å tenkje på om dette er noko som er aktuelt i saka. Men det burde jo ikkje eigentleg vere utløyysande for om det er relevant eller ikkje. Men det minnar meg på det, på ein måte, og set meg på sporet.

Den andre pasientansvarlege sa at

eg trur eg har ei liste med kriterium, men eg trur den er veldig implisitt. Det er ikkje sånn at eg på noko tidspunkt har tenkt over korleis den lista ser ut, eller har skrive den ned nokon stad. Men dei tinga som eg i alle fall veit at utløyser det, det er ønske om å kartlegge samspel og kommunikasjon. Og kanskje òg vanskar med sjølvhevdning og det «å vere til stades». Og behov for å leite etter ressursar. Og meir sånn på behandlingssida så er det barn der eg tenkjer at noko av det vi skal gjere medan dei er her er å leggje til rette for meistringsopplevingar. Alle barn treng jo det, men det er ikkje alltid det er ein del av behandlingsmålsettingane, men dersom det er det. Og når vi arbeider med samspel med foreldre. Og òg arbeid med sjølvhevdning og evne til å

uttrykkje seg. Det er nok ein del fleire ting på den lista, men eg tippar at det er dei tinga som oftast uløyser det hos meg, sidan det er dei eg kjem fortast på no.

Om barnet er glad i musikk eller ikkje var ikkje avgjerande i seg sjølv for om ho valte å bruke musikkterapi eller ikkje. Men dersom ho i ei sak tenkte at musikkterapi kunne vere nyttig, og så fekk vite at barnet likte musikk, kunne det gjere at ho raskt bestemte seg for å ta i bruk musikkterapi, sa ho.

I løpet av dei to fokusgruppeintervjua prata deltakarane òg om grunnar til å avgrense talet på tiltak for barna på posten, og då òg musikkterapi. «Musikkterapi skal ikkje vere eit standardtiltak som vi bruker med alle», vart det sagt, «det må vere eit bevisst val».

Seksjonsleiaren sa at

av alle barna som kjem her, så er det jo veldig få som er like. Og då skal dei jo ikkje ha det likt her, alle som kjem. Det er kvar enkelt bestilling som skal avgjere korleis ein skal jobbe med barnet og familien.

I samanheng med dette vart det nemnt at dei den siste tida har gått frå eit ganske godt forvern og forarbeid på veldig mange saker, til veldig kort venteliste og kort forarbeid. Både dei pasientansvarlege og miljøterapeutane sa at dei opplever at dei nesten ikkje klarer å hengje med. Det gjorde det utfordrande å planleggje og å ta bevisste val. Den eine pasientansvarlege var òg tydeleg på at dei ikkje kan avgjere om musikkterapi er aktuelt eller ikkje berre på grunnlag av barnets diagnose, fordi det ikkje er nokon garanti for at tiltak knytt til barnets diagnose treff barnets faktiske behov.

Ein annan grunn deltakarane nemnte til å ikkje bruke musikkterapi i alle saker, var at musikkterapien i dag er ein ganske avgrensa ressurs på posten sidan det berre er éin musikkterapeut deltid på Post 3. Som den eine pasientansvarlege sa: «når vi gjev noko til ein pasient, for eksempel musikkterapi, så gjev vi det same på det same tidspunktet ikkje til ein annan pasient». Ressursbruk var derfor noko å tenkje på òg.

Kanskje den viktigaste grunnen til å ikkje bruke musikkterapi i alle saker handla om prioritering av tida barna er på posten. For mange av familiare er tida på posten veldig hektisk. «Og det å lage ein hektisk kvardag full av tiltak for ein familie som er litt sånn meir eller mindre i krise, det er ikkje noko OK situasjon», sa den eine pasientansvarlege. Ofte er foreldra veldig slitne vart det òg sagt. Dette er veldig tydeleg for dei som jobbar i miljøet, og som den eine miljøterapeuten sa

familiane er her ei kort tid, og det kan verte litt overveldande mykje. Enkelte formiddagar spring dei frå avtale til avtale, og det kan verte litt «overload» med ulike arenaar dei skal innom i løpet av ein formiddag. Tiltak kan då drukne i mengda.

I tillegg skapar det problem for dei pasientansvarlege dersom barna har for mange tiltak. Dei har ei mengd ting som skal gjerast før barnet kan skrivast ut. Den eine pasientansvarlege fortalte at ho ein del gongar får problem med å finne tidspunkt for individuelle samtalar. Ho fortalte at ho òg har fått tilbakemelding frå sjukehuskulen om at dei ikkje har nok observasjonsgrunnlag når dei skal melde tilbake til barnets heimeskule, fordi barnet er borte frå skulen timesvis kvar dag. Ekstra utfordrande kan det bli når barnet skal gå på heimeskulen sin, samstundes som dei er på Post 3, fordi dei då vil vere borte på dagtid kvar einaste dag.

På den andre sida, som seksjonsleiaren trakk fram, er det ikkje like mykje som skjer på posten på ettermiddagane. Han spurte derfor om at hadde vore ein idé å tilby musikkterapi i etterkant av skulen.

Eit anna poenget i forhold til når ein skal ta i bruk musikkterapi og når ein ikkje skal det kjem fram i det den eine pasientansvarlege sa om at

det er viktig å hugse på kva nivå vi er på og kva saker vi har her. For vi er litt sånn siste instans på ein del saker. Vi har ekstremt komplekse saker, ekstremt tunge og samansette saker. Og nesten alle barna som kjem her har behov for positive opplevingar, men det dei første og fremst har behov for er systematikk. At vi har heilt bevisst inngang til kva vi går inn i og at vi har moglegheit til å evaluere kva vi har gjort etterpå.

Dei var alle veldig tydelege på at det må vere ein overordna plan for det dei heldt på med, og at kvart tiltak må ha tydelege mål, metodar og rammer. «Kva barnet har lyst til og synes er kjekt er ikkje ei føring for korleis posten lagar tiltak», konstanterte den eine pasientansvarlege. Det ser dei på som feil bruk av ressursane deira.

I tillegg var dei pasientansvarlege skeptiske til å gjere i stand mange arenaar for positive aktivitetar for barna, slik at det vert gjort noko ein kort periode som er veldig annleis og som foreldra ikkje har moglegheit til å følge opp etterpå. Dessutan, sa dei, opplever dei ikkje at dei har behov for eit eige tiltak med fokus på gode opplevingar for barna, fordi det vert ivaretatt på posten uansett. Dei meinte at mesteparten av aktivitetane på posten handlar om å fremme ressursar. Den eine pasientansvarlege sa at «dersom positive opplevingar skal vere

agendaen i musikkterapien, så er det på feil plass. Då skulle det ha vore på eit anna nivå i rekkja. Kanskje heilt inn i skule». Han sa i tillegg at

eg opplever at musikkterapeuten er veldig god på inntoningskvalitetar, og flink til å ivareta barnet i kontakten og koplar seg veldig godt på. Og fordi det ligg i botn, så trur eg resultatet av å gje barn musikkterapi her hos oss er at dei får veldig mange gode opplevingar uansett. Så vi treng ikkje å bestille gode opplevingar hos musikkterapeuten, for dei er der sjølv om terapien kan ha vanskeleg fokus.

Eit unntak som vart nemnt i samanheng med dette, var i møte med barn som er deprimerte. Då tenkte dei at det å få massive meistringsopplevingar over ein kort periode kunne vere eit viktig behandlingstiltak.

Etter å ha prata om årsaker til å ikkje ta i bruk musikkterapi i alle saker, spurte moderator, inspirert av litteratur på feltet, om dei nokon gongar har barn på posten som dei tenkjer er for sjuke til å delta i musikkterapi. Den eine pasientansvarlege svarta då at det ikkje nødvendigvis handlar om at barnet er sjukt, eller kor sjukt barnet er. Ho sa at:

altså nokon av dei sjukaste barna er jo barn med psykose for eksempel. Og der er jo musikkterapi ein metode som brukast. Men samtidig så vil jo skjerming generelt vere ei målsetting ved psykose. Men kanskje skal musikkterapi vere det eine tiltaket vi bruker? Sånn at musikkterapi vil jo ikkje meir enn andre tiltak stå i fare for ikkje å verte bruk fordi at vi ikkje vil ha for mange tiltak, men vi er bevisst på desse tinga generelt, og òg i forhold til musikkterapi.

Dei barna ho sjølv var usikker på om musikkterapi burde brukast med er barn med utviklingsforstyrningar. «Dei toler gjerne stress dårleg, og mange overgangar og skifting av vaksne vil dermed vere utfordrande for dei», sa ho. Ho opplevde at desse barna toler det dårlegare enn dei veldig sjuke barna nokon gongar. Dei skulle då vere veldig sikre på at å jobbe inn ein ny relasjon, for eksempel med musikkterapeuten, ville vere nyttig for barnet. Elles skal ein ikkje gjere det, vart det sagt. «Ein må vite at det er ein gevinst som gjer at det er verdt å utsette dei for det», som seksjonsleiaren sa.

Fleire av deltakarane var einig i at det kanskje hadde vore nyttig med ei liste over kriterium for når musikkterapi er aktuelt. Musikkterapeuten sa sjølv at ho var litt redd for at det ville ekskludere nokon, samtidig som ho såg at det kunne vere til hjelp for dei pasientansvarlege. Den eine pasientansvarlege sa då at ei slik liste berre vil kunne seie noko om når ein kan

bruke musikkterapi, og så vil det vere nødvendig å prioritere innanfor kvar enkelt sak. Den andre pasientansvarlege følgde opp med at ein då kan tenkje seg to saker, der begge fyller kriteria, men der musikkterapi vert brukt i den eine saka og ikkje i den andre.

Som nemnt under punkt 3.3 var det ikkje mogleg å finne eit tidspunkt der legen, som òg er tilsett som pasientansvarleg på Post 3, kunne delta i fokusgruppa. Medmoderator spurte derfor undervegs i det andre intervjuet om det er sannsynleg at ein lege ville hatt ei anna liste over kriterium for når ein skal ta i bruk musikkterapi og når ein ikkje skal det. Dei to pasientansvarlege sa at dei ikkje kunne svare på korleis ei sånn liste ville ha sett ut for ein lege, men at forskjellen på Post 3 i dag handlar om at dei to psykologane er dei einaste pasientansvarlege der som har vore der over fleire år. For ei stund sidan var det tilsett ein lege gjennom 8-9 år, men den siste tida har dei hatt inne fleire ulike legar i korte vikariat, mellom anna «legar i spesialisering» som er inne på posten i seks til tolv månadar. Den eine pasientansvarlege sa at

eg trur det vil påverke ei slik liste, fordi at vi som har vore her over lenger tid rett og slett har tenkt mykje meir på musikkterapi. Med mindre det er ein lege som har vore spesielt interessert i musikkterapi og har jobba med det ein anna plass og tenkt på musikkterapi på ein annan plass.

Av den grunn meinte dei to pasientansvarlege at ein lege som er innom ein kortare periode «fort kan finne på å organisere seg på andre måtar, slik at det vert litt meir tilfeldig om musikkterapi vert brukt eller ikkje».

I tillegg til at dei to psykologane har vore på posten lenger enn legane som er der no, sa den eine pasientansvarlege:

og så slo det meg plutselig no at alle dei temaa som vi er innom no, kommunikasjon, relasjon og samspel, det er sånne kjernekompetanseområde for psykologar. Og eg er ikkje sikker på at det er det for legar, dei har jo andre kjernekompetanseområde, ikkje sant. Og observasjon, det er jo hovudmetoden til psykologar, i tillegg til samtale. Men det er jo ikkje hovudmetoden til legar, dei har mange andre undersøkingsmetodar.

Den andre pasientansvarlege svara

Nei, i alle fall ikkje i grunnutdanninga. Men det er jo legar her som spesialiserer seg for å bli barnpsykiater. Så då kan det jo vere litt annleis, mot slutten av

spesialiseringa deira. Men det er klart, det er jo individuelle forskjellar òg. Vi har nokon legar som kjem her og som er skrudd saman som ein psykolog. Men likevel, det er mange som tenkjer at ein psykiater vert det same som ein psykolog, men det er veldig stor fagforskjell i botn.

Den andre pasientansvarlege sa då at

sånn som dette med kommunikasjon og relasjonar, mykje av dette er normalpsykologi. Og det er veldig lite psykologi i psykiaterutdanninga. Det er veldig mykje psykopatologi, og det vil jo seie kva er psykose og autisme og slikt. Men mange av dei tinga vi snakkar om her, det ligg eigentleg litt utanfor sjukdomskunnskapen.

Den andre pasientansvarlege kommenterte at det var ein «god differensiering». Dei to pasientansvarlege visste altså ikkje korleis ein lege si kriterieliste for når ein skal ta i bruk musikkterapi og når ein ikkje skal det ville ha sett ut, men dei tenkte at den kunne vere litt annleis enn deira eigen liste.

4.3 Bruk av musikkterapi i framtida

Sjølv om vi brukte mesteparten av dei to fokusgruppeintervjua til å prate om korleis musikkterapien vert tatt i bruk på Post 3 i dag, vart det naturleg å sjå framover òg. Undervegs dukka det opp tankar om ting som dei tilsette kunne tenkje seg at hadde vore annleis. Vidare følgjer funn knytt til bruk av musikkterapi i framtida under tre punkt: meir samarbeid, moglegheit for lenger terapiforløp og musikkterapi i gruppesetting.

4.3.1 Meir samarbeid

Det kom fram i dei to fokusgruppeintervjua at mange av deltakarane kunne tenkje seg meir og betre samarbeid, både inne på posten, og mellom posten og poliklinikkane. Den eine pasientansvarlege sa at

viss ein skal tenkje framover i tid, så ønsker eg meg kanskje at poliklinikkane skal vere meir kjent med musikkterapi. Ikkje for at dei skal få gjennomslag for at «her vil vi ha musikkterapi fordi det veit vi at dei har der». Men at dei òg har tenkt på om musikkterapi kan vere aktuelt når dei sender bestilling til oss.

Musikkterapeuten stadfesta at ho òg har tenkt på dette, og tenkt at ho eigentleg burde ha gitt noko informasjon om musikkterapi til poliklinikkane i Helse Bergen HF.

I løpet av dei to fokusgruppeintervjua sa musikkterapeuten at ho ønskte meir samarbeid inne på posten òg. Ho meinte mellom anna at dersom ho fekk tilvisingane tidlegare, så kunne ein kanskje klart å planleggje slik at det ikkje vart like mange tiltak kvar dag, og dermed mindre travelt for barna på posten. I dag får ho ofte tilvising etter at barnet har vore på posten i ei eller to veker, og alle helst ville ho hatt tilvisingane før barna kom til posten. Dei pasientansvarlege meinte at det vil vere vanskeleg å få tilvisingar så tidleg, fordi dei sjølv har mange dokument, tilvisingar, planar og meldeskjema som dei må fylle ut før ein kan setje i gong tiltaka.

Musikkterapeuten meinte òg at det var viktig å kunne vere meir til stades i teama i framtida enn det ho har hatt moglegheit til før, slik at det vert meir tydeleg kva musikkterapien kan brukast til. Ho fortalte at ho ofte opplever å vere på møter om barna og tenkje «kvifor er ikkje dette barnet tilvist til musikkterapi?». Ho sa at

eg har tenkt mykje i det siste på om det kunne vere aktuelt for meg å vere med i inntaksmøte eller behandlingmøte. Altså på eit tidlegare stadium. Slik at eg kan vere med å vurdere om musikkterapi er aktuelt. Eller komme med forslag.

Den eine pasientansvarlege svara då at

eg tenkjer at viss du har lyst til komme med innspel ut ifrå eiga vurdering, så ser eg to kjernemoglegheiter. Den eine er å lese barnets journal, slik som vi som er pasientansvarlege gjer når vi får meldt eit nytt barn. Altså å lese igjennom journalen og gjere seg opp eit bilete av kven dette barnet er og kva kartlegging som er gjort allereie og sånn. Men det er ein kjempejobb. Den andre moglegheita er at vi, når ei sak kjem inn, drøftar denne spesielt i forhold til musikkterapi. Då har den som er pasientansvarleg lese igjennom journalen på førehand, og kan gje ei oppsummering av barnets fungering, slik som den er kjent i forkant av innlegging.

4.3.2 Moglegheit for lenger terapiforløp

Ein anna tema som vart snakka om i fokusgruppa var at det i dag berre er musikkterapeut inne på Post 3 og ikkje i nokon poliklinikkar. «Sidan Post 3 får pasientar frå poliklinikkane og

skriv dei ut til poliklinikkane igjen etter tida på posten, ville det ha vore mogleg å lage løp som går over lenger tid dersom det var musikkterapeutar òg i poliklinikkane», sa seksjonsleiaren. Han meinte at dei då kunne ha tatt i bruk musikkterapien på ein annan måte.

Eit par gongar har det vore mogleg for barn som har vore på Post 3 å få oppfølging av ein musikkterapeut, men då på eige initiativ og via ein kulturskule. «Men det kan berre fungere for foreldre som ikkje er i ein veldig dårleg økonomisk situasjon, og som bur i nærleiken», sa den eine pasientansvarlege. Den andre pasientansvarlege la i denne samanhengen vekt på at musikkterapi ikkje er det same som for eksempel eit vanleg kulturskuletilbod. «Skulle eit barn gå over i eit sånt tilbod, så er det ikkje sjølv sagt for meg at dei skal oppleve meistring og å kjenne på eigne ressursar der som i musikkterapi», sa han.

I det andre fokusgruppeintervjuet valte moderator å spørje korleis det ville ha vore dersom det var musikkterapeutar i poliklinikkane òg. Ville dei tilsette då ha gjort noko annleis inne på posten? Både dei pasientansvarlege og musikkterapeuten sjølv sa at dei ville ha brukt musikkterapien annleis. Den eine pasientansvarlege sa at

eg håpar jo at det hadde hatt mykje å seie for inngangen i alle fall. Sånn som bevisstheita i forhold til kva musikkterapi er og kva ein kan bruke det til. Då ville poliklinikkane ha vore meir bevisst på det. Dersom det var musikkterapeutar både i poliklinikkane og her så måtte ein jo ha vore veldig bevisst på kvifor ein skulle nytte seg av musikkterapi når barna kom hit. Men sidan det ikkje er musikkterapeutar rundt omkring, det er berre her, så treng poliklinikkane ikkje å vere så bevisst på musikkterapi eigentleg.

Musikkterapeuten sa sjølv at

eg trur eg ville hatt ein ganske annan inngang. Det å vite at det vert følgt opp i etterkant, det gjer det meir heilskapleg. Men no når eg går inn i det så er det litt meir sånn – ein vil ikkje gå altfor djupt inn i det heller. Vil ikkje knytte seg for mykje.

Den andre pasientansvarlege sa vidare:

eg tenkjer at i forhold til behandling er det først og fremst to ting vi gjer. Det eine er behandlingsutprøving, for å sjekke ut kva vi skal anbefale til poliklinikkane. Og det andre er at vi gjer sjølvstendig behandling, som skal avsluttast før barnet dreg. Men viss vi gjer sjølvstendig behandling, så er det enten på eit veldig avgrensa område,

sidan barna er her ei kort tid, eller så har vi lenger opphald. Og det har vi av og til. Og når behandlingsforløpa er litt lenger så tenkjer eg at musikkterapi kan ha ein sjølvstendig verdi. Men som behandlingsutprøving er eg meir skeptisk i augneblinken. Men dersom det var mogleg med oppfølging, slik at ein kunne ha ei samanhengane tenking over tid, så trur eg det ville påverka meg til å teste musikkterapi endå meir ut som metode. Eg ville definitivt brukt det oftare.

Den andre pasientansvarlege gav uttrykk for at han var einig i dette.

4.3.3 Musikkterapi i gruppe

Det tredje temaet som vart prata ein del om i forhold til korleis Post 3 kan ta i bruk musikkterapi i framtida handla om musikkterapi i gruppesetting. Den eine pasientansvarlege sa at

eit av dei temaa som eg er veldig klar over at er eit vidare utviklingsområde for oss, det er at vi nesten ikkje bruker gruppe som behandlings- og utviklingsarena for barna i det heile tatt. Og der tenkjer eg at vi har eit kjempepotensiale. For vi har jo mange problemstillingar knytt til samspel her, og det er vanskeleg for mange av desse barna å få ting til saman med andre barn. Så det er eit av mine ønske for barneposten: å få til ei barnegruppe. Og då meiner eg ikkje nødvendigvis ei gruppe for alle barna som er på posten, men eit gruppetilbod som vi må vurdere om er nyttig eller ikkje for kvart enkelt barn. Så eg tenkjer at musikkterapi er veldig spanande som gruppe.

Ein av miljøterapeutane påpeika då at

det er vanskeleg å få til ting på tvers av tema, fordi vi er så spissa. Bare det å samkøyre to eller tre barn på ein aktivitet på ettermiddagstid er ei kjempeutfordring. Vi er så spissa inn i eitt team og vi manglar nokon som har oversikt og kan tenkje litt større enn berre eitt og eitt barn. Så korleis skal vi få det til? Korleis skal vi få sydd det saman?

Den eine pasientansvarlege svara då at

det treng jo ikkje vere ei gruppe heller. Kva om vi koplar to barn saman i musikkterapi, slik at dei får arbeide med samspel seg i mellom? Viss vi hadde hatt eit

lenger terapiforløp så kunne det ha vore kjempespennande. For vi har jo barn som har kjempestore vanskar med dette. Så det må vere på eit nivå som barna meistrar. Og viss ein har veldig store samspelsvanskar, så meistrar ein kanskje ikkje ei gruppe med fire andre barn. Så det kan godt hende at for dei barna som er her, så er det nok med eitt anna barn. Ser vi på «lære å leike-nivåa» så er det lågaste trinnet å lære og leike med ein vaksen, og det neste er å leike saman med eitt barn og ein vaksen. Så kanskje det er passeleg nivå?

Den andre pasientansvarlege ga uttrykk for at dette var ein spanande tanke. Miljøterapeuten var einig, og sa at «to barn kan kanskje fungere ja, for det krev mindre». Den pasientansvarlege som kom med forslaget fortsette med at

i forhold til å organisere det så tenkjer eg at det er lite sannsynleg at dei barna ein pasientansvarleg har inne på eitt tidspunkt skal kunne passe saman i ei slik gruppe. Men det ein kunne ha gjort var jo å ta det opp i behandlarmøte og seie at «eg har eit barn som skal ha slik behandling, er det nokon andre som har eit barn som kunne ha vore med dette barnet i den gruppa?».

Deltakarane hadde altså tankar om korleis dei kunne utvikle musikkterapien på Post 3 vidare. Dei var samstundes tydelege på at organisering av tiltak er ei stor utfordring på posten generelt. «Alt som vi forandrar på og alle ting vi innfører, det er eit stort stykke arbeid. Eller må i alle fall vere eit stort stykke arbeid viss det skal bli OK for oss over tid», sa den eine pasientansvarlege. Den andre pasientansvarlege fortsette med å seie at

vi må vere bevisst i forhold til kva vi driv med, og ta på alvor dei barna som kjem til posten. Dei fleste av dei har vore veldig lenge i systemet og fått veldig mange tiltak. Og vi vil vere ganske forsiktige med å ha dei inne ein periode og drive med masse forskjellig. Så viss vi skal setje i gang nye ting så ønsker vi at det skal ha ei veldig fagleg forankring. Vi skal vere bevisst på ting vi set i gang med. Eg er veldig redd for at vi skal innføre nye ting som ikkje heldt det nivået som eg tenkjer det bør halde.

5 DRØFTING

Problemstillinga som har vore utgangspunktet for metodeval og funn i denne oppgåva er:

Kva erfaringar og tankar har fagpersonar i eit tverrfagleg team om bruk av musikkterapi innan psykisk helsevern med barn på sjukehus?

Etter å ha gjennomført to fokusgruppeintervju med tilsette på Post 3 ved Haukeland Universitetssjukehus, og analysert transkripsjonen av desse kom eg fram til at deira erfaringar og tankar har endra seg sidan musikkterapeuten kom til posten i 2011, og framleis er i endring. Dei såg tilbake og fortalte om korleis dei opplevde tida då musikkterapeuten kom til Post 3, og korleis musikkterapeuten var med og auka deira forståing av musikkterapi. Dei fortalte om korleis dei tek i bruk musikkterapi i dag, hovudsakleg som ein arena for observasjon og kartlegging, men òg som behandling. Dei reflekterte opent og ærleg kring kriterium for når musikkterapi er aktuelt som tiltak og når det ikkje er det, og argumenterte for at ingen tiltak skal brukast utan at det er ein bevisst tanke bak. Deltakarane delte òg tankar om korleis dei såg for seg og ønskte at musikkterapi skulle takast i bruk i framtida, og låg vekt på meir og betre samarbeid, ønske om lenger behandlingssløp og moglegheita for å forsøkje musikkterapi i gruppesetting.

Det er mykje av dette eg kunne ha drøfta, og eg har valt ut desse fire hovudpunkta:

- 1) Å jobbe som musikkterapeut inneber å formidle faget til andre faggrupper
- 2) Musikkterapi er godt eigna som observasjons- og kartleggingsarena
- 3) Musikkterapi som behandling – relasjonelle perspektiv
- 4) Korleis kan det verte meir tydeleg når musikkterapi er aktuelt, og når det ikkje er det?

Eg håpar ved dette å vise at studien har relevans, og at funna kan brukast til noko (Malterud, 2011). Eg håpar at funna kjem med noko nytt og kan bety noko for vidare forskning og/eller praksis. Eg har valt å drøfte nettopp desse fire temaa fordi dei tok meir eller mindre stor plass i fokusgruppeintervjua, og fordi eg tenkjer at dette er tema som kanskje kan ha verdi ut over denne konteksten.

Det er andre tema eg òg kunne ha diskutert, som for eksempel kva musikkterapi konkret kan bidra med som eit behandlingstilbod innan psykisk helsevern, og kva verdien av å ha musikkterapi i gruppesetting er. Eg kunne òg ha drøfta kva det har å seie for gjennomføring av musikkterapien på Post 3 at ein er del av ein medisinsk kontekst. Sidan dette ikkje var tema

som tok stor plass i samtalen i fokusgruppa, har eg ikkje prioritert desse i denne omgang. Dette er likevel tema eg synes er interessante, og som kunne ha vore spanande å sjå på.

5.1 Å jobbe som musikkterapeut inneber å formidle faget til andre faggrupper

I det første fokusgruppeintervjuet fortalte deltakarane om erfaringar frå den første tida musikkterapeuten var på Post 3. Dei hadde alle høyrte om musikkterapi, men hadde ut over det varierende grad av kjennskap til fagfeltet. Berre éin av deltakarane hadde nokon gong sett musikkterapi i praksis.

Etter kvart har bruk av musikkterapi i denne konteksten bevegde seg frå å vere uklar og ukjent, til å verte meir kjent. Dette skjedde mellom anna fordi musikkterapeuten låg vekt på kommunikasjon generelt, og konkrete formidlingstiltak som for eksempel internundervisning.

Ein del av desse tinga verkar kanskje sjølvst. Sidan musikkterapi foreløpig er eit forholdsvis lite praksisfelt i Noreg i dag, møter ein som musikkterapeut (og musikkterapistudent) stadig menneske som ikkje har så mykje kjennskap til musikkterapi. Det kan vere både kollegaar og andre. Ledger et al. (2013, s. 715) skriv at mange musikkterapeutar må belage seg på å introdusere og utvikle musikkterapi på arbeidsplassar der det ikkje har vore nokon musikkterapeut før, og dermed arbeide saman med andre som ikkje har arbeidd saman med ein musikkterapeut før. I følgje O'Kelly & Koffman (2007, s. 238) vil andre yrkesgrupper normalt forstå, akseptere og verdsette musikkterapi meir etter å ha arbeidd med ein musikkterapeut over tid, nettopp slik som deltakarane i fokusgruppa på Post 3 sa.

Å formidle musikkterapifaget til andre faggrupper kan dermed sjås på som ein viktig del av jobben som musikkterapeut, og kanskje særleg som del av eit tverrfagleg team. Det gjeld dei som startar opp nye stillingar, slik som Ledger et al. (2013) skriv om, men òg andre. Som musikkterapeut må ein forsøkje å gjere bruk av musikkterapi forståeleg for dei andre faggruppene på arbeidsplassen.

Korleis gjer ein det? Deltakarane i fokusgruppa på Post 3 nemnte fleire ting, men først og fremst handla det om kommunikasjon. Ledger et al. (2013, s. 714) meiner det er nøkkelen til å få andre grupper til å verdsette musikkterapi, og Twyford (2008, s. 87) og Hobson (2006, s. 71) legg særleg vekt på kommunikasjon når ein skal få til eit samarbeid. Fleire kjelder

anbefaler òg å kjenne andre faggrupper sin terminologi slik at ein kan bruke same «språk» (Magee, 2008; Twyford, 2008; Gilles, 1983). Gilles skreiv ein tekst allereie i 1983 om korleis leggje til rette for kommunikasjon mellom ulike teammedlem, der ho hevda at ein ved å ta i bruk same «språk» kan oppdage eventuelle felles målsettingar og felles kunnskap. Gilles meiner at ein då har eit betre utgangspunkt for å verdsette kvarandre og arbeide godt saman. Sidan musikkterapi er ein hybrid, sett saman av ulike disiplinar som kunst, helse, medisin, og psykologi med meir (Bruscia, 2014, s. 9), har ein kanskje som musikkterapeut eit godt grunnlag for å lære seg ein del ulike språk?

Meir spesifikt nemnte deltakarane i fokusgruppa på Post 3 at det var nyttig at musikkterapeuten hadde ei form for internundervisning då ho kom til posten, der dei fekk høyre kva musikkterapi er og kan vere innan psykisk helsevern for barn. Dette skriv Choi (1997, s. 291) at ein bør ha, og Twyford (2008, s. 37) meiner det er essensielt. Òg Ledger et al. (2013, s. 726) nemner dette, og fann at dei fleste av deira informantar hadde hatt internundervisning for dei andre tilsette på arbeidsplassen då dei starta opp sitt arbeid.

Internundervisninga som musikkterapeuten på Post 3 hadde bestod av eit foredrag med PowerPoint-presentasjon, utan film eller lydopptak (personleg kommunikasjon). Darsie (2009, s. 52) fann i sin studie at det var signifikant endring i andre faggrupper si oppfatning av og verdsetting av musikkterapi, etter at dei fekk sjå bilete og filmklipp frå musikkterapi i den aktuelle konteksten. Ho foreslår derfor å bruke meir bilete og film for å informere anna medisinsk helsepersonell om musikkterapi. O'Kelly & Koffman (2007, s. 239) fann ut at òg lydopptak frå musikkterapi kan ha innverknad på andre faggrupper si forståing av musikkterapi. Kanskje kunne lydopptak, bilete og film spelt ei viktig rolle på Post 3 òg?

Musikkterapeuten i fokusgruppa låg sjølv vekt på at ho fekk endra stillinga si, slik at ho ikkje lenger trong å arbeide på så mange ulike avdelingar. Det vil truleg vere meir utfordrande å vise andre kva musikkterapi er og kan vere viss ein spring frå ei avdeling til ei anna. Og kanskje spesielt i oppstartstida. Ledger et al. (2013, s. 715) skriv at det er utfordrande å introdusere og integrere musikkterapi på ein arbeidsplass nettopp fordi mange musikkterapistillingar er deltids- og/eller prosjektstillingar. Det vil då ta lenger tid å få vist dei andre tilsette musikkterapiens funksjon og verdi. Fleire av deltakarane i fokusgruppa stadfesta jo at dei òg merka stor forskjell då musikkterapeuten etter kvart brukte meir tid på Post 3. Og likeeins då ho fekk kontor i same korridor som dei pasientansvarlege. Mindre fysisk avstand og meir tid saman vil kunne gje rom for meir dialog, nettopp slik deltakarane i fokusgruppa

sa. Mange av deltakarane i Ledger et al. (2013, s. 725) sin studie sa sjølv at dei brukte mykje tid på å bli kjent med dei andre tilsette i oppstartstida.

I tillegg til kommunikasjon og skaping av relasjonar, som både deltakarane i fokusgruppa og litteraturen legg vekt på, foreslår Ledger et al. (2013, s. 721) at det kan vere lurt å få ein god relasjon til nokre sentrale personar på arbeidsplassen, slik at dei kan vere med og «overtyre» dei andre. Forfattarane kallar desse for «gatekeepers». Kanskje var seksjonsleiaren ein slik «gatekeeper» for musikkterapeuten på Post 3, som arrangerte møter for alle dei tilsette og slik låg til rette for at musikkterapeuten kunne fortelje dei om musikkterapi?

Av deltakarane i fokusgruppa på Post 3 var det ingen som hadde delteke i eller observert musikkterapi på posten. Mykje litteratur rådar musikkterapeutar til å invitere kollegaar til å gjere dette, både innan psykisk helsevern og andre kontekstar, fordi det ser ut til å auke andre si forståing av musikkterapi. O’Kelly & Koffman (2007, s. 239) såg nettopp dette blant deltakarane i deira studie. Mange av musikkterapeutane i Ledger et al. (2013, s. 726) sin studie fortalte òg at dei hadde invitert kollegaar til å observere eller delta i musikkterapi, og opplevde at desse var mykje meir positive til musikkterapi enn andre kollegaar.

Spørjeundersøkinga til Choi (1997, s. 286) viste det same ved at dei tilsette som hadde observert musikkterapi gjennomsnittleg gav høgare poengsum enn andre tilsette på ein Likert-skala, i forhold til musikkterapiens funksjon og effekt.

Sjølv om det ser ut til å kunne vere positivt å la andre observere eller delta i musikkterapi, så kan eg på den andre sida tenkje meg grunnar til at dei ikkje har valt å gjere det på Post 3. Ein ting er at det er travelt for dei tilsette, som kom fram i fokusgruppeintervjua. Men òg at sjølve musikkterapien kan verte påverka av at det er nokon andre til stades. Dersom ein annan tilsett tek på seg rolla som observatør, vil det mest sannsynleg påverke det som skjer i terapien. Vert ho eller han heller med som deltakande observatør vert situasjonen kanskje ikkje like kunstig, men det føreset at ho eller han deltek på ein «passande» måte, slik at ikkje terapien vert hemma. Kva relasjon barnet har til denne personen vil òg spele ei rolle. Ein framand vil kanskje skape utryggleik eller sjenanse, medan det kan oppstå forvirring dersom det er ein person som barnet treff i heilt andre situasjonar på posten.

Kanskje hadde det likevel vore nyttig for Post 3 å forsøkje og la ein av dei andre tilsette observere eller delta i musikkterapi. Og kanskje denne personen i så fall skulle vere ein av dei tilsette som kjenner barnet godt, slik som Twyford (2008, s. 41) foreslår, sidan denne personen kan ha lettare for å sjå endringar hos barnet?

Å jobbe som musikkterapeut inneber altså å formidle faget til andre faggrupper på arbeidsplassen, slik at bruk av musikkterapi går frå å vere ukjent til forhåpentlegvis og verte kjent og verdsatt. Ut frå litteraturen eg har lese kan det sjå ut til at dette gjeld musikkterapeutar på tvers av kontekstar. Som musikkterapeut må ein dermed vere forberedt på å fortelje andre faggrupper om musikkterapi, gjennom relasjonsbygging og internundervisning, og kanskje òg tilby kollegaar å delta i musikkterapien.

5.2 Musikkterapi er godt eigna som observasjons- og kartleggingsarena

Det kom fram i dei to fokusgruppeintervjua at bruk av musikkterapi er vorte meir tydeleg sidan musikkterapeuten kom til Post 3 i 2011. Deltakarane formidla at dei i dag tek i bruk musikkterapi mest som ein arena for observasjon og kartlegging, både av barna aleine og av barn og foreldre saman. Det vart òg snakka om ein del sider ved musikkterapien som dei meinte gjorde det til ein spesielt god arena for nettopp observasjon og kartlegging.

Arbeidet har fleire likskapstrekk med mellom anna Oldfield (2006) sitt arbeid på «Croft Unit for Child and Family Psychiatry», der barna er saman med familien medan dei undersøker om barnet burde få ein diagnose, eller om diagnosen barnet allereie har skal endrast, fjernast eller fortsatt gjelde. Der òg vert musikkterapien brukt hovudsakleg for å kartlegge, og som Post 3 har Oldfield nokon gongar barnets foreldre med i musikkterapien. Andre forfattarar som beskriv korleis dei tek i bruk musikkterapi som ein arena for observasjon og kartlegging er Davies (2005), som kartlegg via songskriving, og Doak (2013), som kartlegg via improvisasjon. Òg Irgens-Møller (1999) låg vekt på observasjon og kartlegging i hennar toårige musikkterapiprosjekt på eit sjukehus for barn med psykiske vanskar.

Meir spesifikt kom det i fokusgruppa fram to motstridande meiningar om musikkterapi som observasjons- og kartleggingsarena på Post 3. Det starta med at den eine pasientansvarlege formidla kor viktig det er for posten at fleire gjer like observasjonar på ulike arenaar. Med tanke på reliabilitet gjev det meining å tenkje at ein observasjon vert styrka av at fleire ser det same. Ein unngår då å støtte seg for mykje til noko som éin person meiner å ha observert. Kvaliteten på observasjonen vert med andre ord styrka.

Seksjonsleiaren, på den andre sida, sa at dei ikkje kan ha ein musikkterapeut på Post 3 dersom ho «berre» får dei same observasjonane som dei andre tilsette får. Då vil det vere billegare for posten å tilsetje nokon andre, sa han. Han var opptatt av at kvar enkelt på posten skal vere der

fordi dei bidreg med noko som ikkje dei andre kan bidra med, og at dei tilsette dermed ikkje skal kunne gjere kvarandre sin jobb.

Oldfield (2006, s. 32-33) viser til Loewy og Rogers som meiner at ein kan oppdage informasjon om klientane i musikkterapi som ikkje dukkar opp i andre terapiformar. Sjølv meiner Oldfield at musikkterapi er ein god måte å avdekke både barnets styrkar og vanskar. Irgens-Møller (1999), som gjorde eit fokusgruppeintervju etter å ha fullført hennar toårige musikkterapiprojekt, fekk høyre frå dei andre tilsette at dei opplevde at musikkterapien bidrog til ny kunnskap om barna ved at ein avdekka styrkar hos barna som ein ikkje såg i andre situasjonar. Òg barnets interaksjonsmønster og kontaktmønster meinte dei kom tydeleg fram i musikkterapien. Dette liknar på den eine pasientansvarlege på Post 3 sitt utsegn om at barnets evne til gjensidigheit og evne til å følgje andre kan komme meir fram i musikkterapien enn på andre arenaar på posten.

Kva er det som gjer at ein nokon gongar kan gjere andre observasjonar i musikkterapi enn andre plassar? Davies (2005, s. 50) skriv at barnet i musikkterapi får moglegheit til å snakke om ting dei tenkjer på utan at dei vert spurt direkte, for eksempel undervegs i ein songskrivingsprosess. Henderson (1991, s. 52-53), som ser ut til å jobbe ut ifrå ein psykoanalytisk tradisjon, trekk fram moglegheita barnet har for å uttrykkje seg via andre «språk» enn det verbale, i musikkterapi. Deltakarane i fokusgruppa nemnte at det er positivt at musikkterapien er ein lystbetont aktivitet utan krav, at det ofte er éin til éin og at det er føreseieleg for barnet fordi det er lite «støy» i omgivnadane.

Dersom det er slik at ein i musikkterapi både kan gjere observasjonar som styrkar observasjonar gjort på andre arenaar og gjere observasjonar som kan utvide eller nyansere bilete ein har av barnet, kva verdi har det? Kan det gjere at musikkterapi får ein meir tydeleg rolle? Kan musikkterapi bli brukt meir?

Ein føresetnad for alt dette er at musikkterapeuten har ein måte å formidle observasjonar som vert gjort i musikkterapien, til dei andre i teamet. På Post 3 gjer musikkterapeuten dette via barnets journal, og dette er noko mange musikkterapeutar gjer for å dokumentere arbeidet sitt (Doak, 2013, s. 177; Rogers, 2013, s. 324; Oldfield, 2006, s. 28). For at journalskriving skal vere ein effektiv form for kommunikasjon mellom ulike teammedlem må ein kunne skrive korte og konsise journalnota som er forståelege for dei andre faggruppene, skriv Oldfield (2006, s. 176). Den eine pasientansvarlege sa i det andre fokusgruppeintervjuet på Post 3 at musikkterapi er bra i forhold til observasjon og kartlegging fordi musikkterapeuten har

moglegheit og evne til å skrive gode og oversiktlege journalnotat. Der skil ho tydeleg mellom kva som skjedde og korleis ho tolkar det som skjedde i terapien. Gode journalnotat er nemnt av både Braswell et al. (1980, s. 139) og Bruscia et al. (1981, s. 47-48) allereie på 80-talet blant ferdigheiter dei meiner at ein musikkterapeut skal ha. Braswell et al. har formulert det som at ein musikkterapeut «shares knowledge with colleagues through professional writing (...)», og Bruscia et al. har skrive at ein musikkterapeut må ha «the ability to write professional reports describing the client throughout all phases of the music therapy process in an accurate, concise, and appropriate way».

Eg trur seksjonsleiaren har eit godt poeng når han seier at dette er meir utfordrande for miljøterapeutane å få til, sidan dei er saman med barna over mykje lenger tid kvar dag. Likevel trur eg ikkje at det er ein ferdigheit som ein automatisk har som musikkterapeut. Ein må lære korleis ein skriv korte, konsise og gode journalnotat. Sjølv hadde eg aldri skrive om musikkterapi i eit journalsystem før praksisen min på Haukeland Universitetssjukehus. Hadde eg ikkje hatt ein praksisperiode der, kan det tenkjast at eg hadde fullført masterstudiet utan å ha fått noko opplæring eller øving i korleis skrive journalnotat. Kva då? Som den eine pasientansvarlege på Post 3 sa er det viktig å kunne skilje mellom det som faktisk skjer i musikkterapien og korleis ein tolkar det som skjer. For ulike musikkterapeutar kan jo tolke dei same hendingane ulikt. Så korleis veit ein om ein tolkar riktig? Dersom ein tolkar «feil» kan det få store konsekvensar for klienten. Kva om ein person si tolking gjer at ein klient blir diagnostisert med «feil» diagnose? Som kanskje fører til «feil» medisinerings? Det kan få alvorlege konsekvensar. Ved å skrive journalnotat der ein beskriv grundig kva som skjedde i musikkterapien, og skil det tydeleg frå korleis ein tolkar det som skjedde, kan ein saman med resten av teammedlemane reflektere rundt om ein gjer rett i å tolke det som skjedde på den måten som ein har tolka det.

Musikkterapi ser ut til å vere ein god arena for observasjon og kartlegging, og kan både styrke observasjonar gjort på andre arenaar og bringe fram nye observasjonar. Kanskje gjeld dette òg musikkterapi i andre kontekstar enn psykisk helse og med andre aldersgrupper enn barn. Journalføring ser ut til å vere ein essensiell del av observasjons- og kartleggingspraksis, men ikkje noko ein må ta for gitt at alle musikkterapeutar meistrar. Kanskje treng ein meir opplæring undervegs i musikkterapiutdanninga i korleis skrive gode journalnotat.

5.3 Musikkterapi som behandling – relasjonelle perspektiv

Deltakarane i fokusgruppa formidla at dei i dag tek i bruk musikkterapi mest som ein arena for observasjon og kartlegging. Den eine pasientansvarlege sa likevel at ho tenkjer at musikkterapi kan vere like nyttig i forhold til behandling, men at det då må vere lagt til rette for og organisert for behandling. Ein viktig del av dette handla om at musikkterapien skulle ha eit viss omfang, slik at det vert kontinuitet i behandlinga.

Musikkterapeuten har eit par gongar den siste tida brukt musikkterapien som ein behandlingsarena, både med og utan barnets foreldre til stades. Dei gongane foreldre har vore med har fokus vore å hjelpe foreldra til betre samspel med barnet sitt. Den eine pasientansvarlege sa i tillegg at ho såg for seg at dersom ein skulle ha eit behandlingssfokus i musikkterapien, utan foreldre til stades, så kunne det for eksempel vere for å leggje til rette for meistringopplevingar eller hjelpe barnet med sjølvhevding og evne til å uttrykkje seg. Blant målsettingar nemnt i litteraturen finn ein mellom anna kjensleregulering, byggje sjølvtrillit, trene sosiale ferdigheiter og verbal og nonverbal kommunikasjon, jobbe med samspel- og relasjonsvanskar, og styrke identitet (Doak, 2013; Hessenberg & Schmid, 2013; Rogers, 2013; Torbergesen, 2009; Silverman, 2007; Oldfield, 2006; Davies, 2005; Irgens-Møller, 1999).

Den eine pasientansvarlege fortalte at dei har lettare for å bruke musikkterapi som behandling i dei sakene der barna er på posten over lenger tid, som er tilfelle nokon gongar. I Gold et al. (2007) sin studie vart òg terapiforløp eit viktig tema. Dei ville mellom anna undersøkje effekten av musikkterapi på deltakarane sine symptom og livskvalitet, men fann ikkje signifikant effekt. Særleg var det liten effekt for dei av deltakarane som hadde fleire og/eller kompliserte diagnoser. Deltakarane deltok i gjennomsnitt på 23 musikkterapitimar, og forfattarane foreslo sjølv at det kanskje var nødvendig med fleire, særleg for dei med fleire og/eller kompliserte diagnoser. Det er nettopp desse barna med fleire og/eller kompliserte diagnoser som kjem til Post 3, og 23 timar med musikkterapi er truleg mykje meir enn kva dei får i løpet tida der, så det gjev meining at det kan vere problematisk å bruke musikkterapi som behandling på Post 3 slik som det er i dag.

Både musikkterapeuten og fleire av dei andre deltakarane i fokusgruppa meinte at dei kunne ha brukt musikkterapien annleis, dersom det var mogleg med lenger terapiforløp. Sidan barna kjem til Post 3 med tilvising frå poliklinikkane, og som regel vert følgt opp av poliklinikken i tida etter posten ville det ha vore mogleg med lenger musikkterapiforløp dersom det fantes

musikkterapeutar òg i poliklinikkane. Per i dag har det berre vore mogleg eit par gongar å fortsette med musikkterapi etter at barnet har reist frå posten, då knytt til eit musikkterapitilbod gjennom ein kulturskule. Men, som deltakarane i fokusgruppa påpeika, er dette berre mogleg for dei familiane som har økonomi til det og som bur i nærleiken av der denne kulturskulen er. Den andre pasientansvarlege var veldig tydeleg på at eit vanleg musikktilbod på ein kulturskule ikkje er det same som musikkterapi, og dermed ikkje automatisk vil gje barna dei same gode opplevingane og den same effekten.

Dersom det var mogleg for barnet å få oppfølging av ein musikkterapeut etter tida på posten, sa den eine pasientansvarlege at ho definitivt ville valt å bruke musikkterapi meir og oftare. Musikkterapeuten sa sjølv at terapien kunne bli meir heilskapleg dersom ho visste at det var mogleg med oppfølging. No ønskte ho ikkje å gå veldig djupt inn i terapirelasjonen med klienten fordi ho var redd at ein ville knytte seg for mykje til kvarandre. Den eine pasientansvarlege skaut då inn at deira jobb tross alt ikkje er å byggje støtterelasjonar som skal vare inn i framtida.

Sjølv om musikkterapi i tida etter posten ville ha vore avhengig av at klienten måtte ha danna ein ny relasjon med ein ny musikkterapeut, trur eg at musikkterapeuten på Post 3 kunne ha lagt meir vekt på det relasjonelle i musikkterapien dersom det var mogleg med oppfølging. Då kunne ho vite at det ville vere ein musikkterapeut som forhåpentlegvis tok vare på barnet på den måten det var behov for det etterpå, i musikkterapi. Eg meiner at musikkterapi uansett alltid er relasjonsbasert, og at sjølv om målet ikkje er å danne relasjonar som skal vare inn i framtida, så vil det oppstå ein relasjon mellom musikkterapeuten og klienten på Post 3. Og denne er viktig, sjølv om den ikkje skal vare over lang tid. Doak (2013, s. 174-175) skriv faktisk at kven musikkterapeuten er og korleis musikkterapeuten relaterer seg til barnet er viktigare enn det som vert gjort i terapien! Deltakarane i fokusgruppa på Post 3 sa jo sjølv at ein viktig føresetnad for musikkterapien på posten er at musikkterapeuten er ein «inntona vaksen som er god på relasjon». Det er derfor viktig å vere bevisst på relasjonen som oppstår mellom musikkterapeut og klient, og sjå verdien i den.

Eg meiner då ikkje at det gode samspelet som kan oppstå eit par minutt inn i ein musikkterapitime nødvendigvis er det same som ein god relasjon. Dette vil ein kanskje heller kalle god kontakt. Men nettopp ein slik god kontakt kan kanskje vere starten på ein god relasjon.

I norsk musikkterapi, som er tett knytt til ein humanistisk tradisjon, er relasjon viktig (Trondalen, 2008). Ruud (2008, s. 8) forklarar det som at «i en behandlingshverdag hvor mennesker ofte møtes med medisiner, tester, utredninger og diagnoser, skal musikkterapeuten tilby sin tid og tilstedeværelse, skape tillit og lytte». Han skriv vidare at det handlar om å byggje relasjonar. Eit slik relasjonelt perspektiv på musikkterapi inneber mellom anna at ein ser på menneske som eit relasjonelt vesen, som er i relasjon med andre menneske der begge partar kan påverke samspelet (Trondalen, 2008). Utgangspunktet for eit slikt perspektiv kan mellom anna vere nyare utviklingspsykologi basert på spedbarnsforskning (Trondalen, 2008, s. 29).

I møte med andre menneske kan vi oppleve å få respons og anerkjenning på eigne initiativ, som Trondalen (2008, s. 30) skriv. Ho viser til omgrepet «relasjonsbasert selvdannelsesprosess», som mellom anna handlar om at vi utviklar oss til den vi er, i samspel med andre menneske (Trondalen, 2008, s. 34). Stern (i Trondalen, 2008, s. 35) bruker omgrepet sjølvorganisering, og meiner ein kan sjå dette allereie hos spedbarn. Ein kan dermed påstå at òg ikkje-verbale forhold er viktige, og musikkterapi har jo evne og moglegheit til å vere ikkje-verbal. Trondalen (2008, s. 37) skriv at musikalsk samspel kan tilby nokre moglegheiter som verbal terapi aleine ikkje kan.

Bruscia (2014) har nyleg gitt ut tredje utgåve av sitt verk *Defining Music Therapy*. I den siste utgåva har han definert musikkterapi som «a reflexive process wherein the therapist helps the client to optimize the client's health, using various facets of music experience and the relationships formed through them as the impetus for change» (Bruscia, 2014, s. 36). Eit av orda i denne definisjonen er nettopp «relationships», som òg var ein del av hans førre definisjon frå 1998. Han meiner altså at relasjon er viktig i musikkterapi, og har eit eige kapittel i både andre og tredje utgåve av denne boka som heiter «relationships».

Bruscia (2014, s. 41) forklarar det som at musikk tilbyr («affords») moglegheiter for relasjonar. Desse relasjonane meiner han kan vere både indre og ytre relasjonar, og knytt til både musikk og andre menneske. Eksempel er «intrapersonal relationships», «interpersonal relationships», «intramusical relationships» og «intermusical relationships». «Intrapersonal» og «intramusical» handlar om relasjonar i ein person eller i ein person sin musikk, medan «interpersonal» og «intermusical» handlar om relasjonar mellom ulike menneske eller ulike menneske sin musikk. Desse to menneska vil i musikkterapien ofte vere musikkterapeut og klient.

I følge Bruscia (2014, s. 158) kan relasjonar i seg sjølv ha terapeutisk potensiale. Så når det i musikkterapien på Post 3 oppstår ein relasjon mellom musikkterapeuten og barnet, eller mellom det musikkterapeuten speler og det barnet speler, så vil det i seg sjølv kunne vere av terapeutisk verdi. Dersom musikkterapeuten vel å bruke musikk som terapi vil kanskje den «intermusical» relasjonen spele størst rolle, medan den «interpersonal» relasjonen vil spele den viktigaste rolla dersom musikkterapeuten bruker musikk i terapi (Brusica, 1998, s. 129).

Eg meiner derfor at relasjonen mellom musikkterapeut og klient er viktig i musikkterapi. Hadde musikkterapeuten ikkje vore eit anna menneske med ønske om og evne til å skape ein relasjon til klienten, ville ikkje barna på Post 3 kunne oppleve å få respons og anerkjenning på eigne initiativ, som Trondalen (2008, s. 30) skriv om.

Samstundes må ein vere bevisst på at ein god relasjon ikkje automatisk vil oppstå, om det så er snakk om «intermusical» eller «interpersonal», berre fordi ein plasserer eit barn i musikkterapi saman med ein musikkterapeut. Det same gjeld, som nemnt over, eit barn som har hatt ein god relasjon med musikkterapeuten i musikkterapi på Post 3, og i ettertid får musikkterapi saman med ein annan musikkterapeut. Trondalen (2008, s. 43) beskriv det som at det er avhengig av terapeutens ferdigheiter og emosjonelle tilgjengelegheit. Kven terapeuten er vil jo naturlegvis påverke samspelet mellom barnet og terapeuten. Dileo (2000, s. 27) skriv at musikkterapeuten er «indeed central to the music therapy process, and contribute to the ultimate success or failure of therapy». Seinare skriv Dileo (2000, s. 47) at «the use of the self in the therapeutic relationship is as significant as the use of the music». Altså kan ein ikkje tenkje at ein vil få same resultat med eitt barn og to ulike musikkterapeutar, sjølv om dei to musikkterapeutane har akkurat same utdanning. Relasjonen som oppstår er avhengig av begge partane i relasjonen.

Blant ferdigheitene musikkterapeuten treng for å skape ein god relasjon nemner Trondalen (2008) særleg evna til inntoning. Inntoning vart òg nemnt av deltakarane i fokusgruppa. I eit intervju svara Stern dette på spørsmålet om kva eigenskapar han ville sjå etter i ein terapeut:

det er vanskelig å beskrive dem, men en viktig egenskap er evnen til å tone seg inn på andre mennesker. Jeg ville visst det ut fra hvordan det føles å være sammen med dem. Evnen til å tone seg inn, til å følge den andre, er avgjørende. Ingenting i CV-en din vil kunne fortelle om du har denne evnen eller ikkje (Schanche & Binder, 2006).

Relasjon er altså viktig i musikkterapi, òg i den musikkterapien som berre finn stad over eit par veker på Post 3 på Haukeland Universitetssjukehus, meiner eg. Samstundes har den eine psykologen på Post 3 eit godt poeng når ho trekk fram at deira jobb er å fasilitere den relasjonen og prosessen barna har med sine eigne foreldre og med poliklinikken. Barna skal jo dra frå posten etter nokre veker, og generelt ønsker ein ikkje at eit barn skal vere på eit sjukehus over lenger tid, med mindre det er heilt nødvendig. Så i staden for at barna skal vere lenger på Post 3, vil dei få moglegheit til å ha musikkterapi over tid dersom det var musikkterapeutar tilsett i poliklinikkane òg.

Fleire av deltakarane i fokusgruppa meinte altså at musikkterapi kunne vere aktuelt som behandling i fleire saker, dersom det var moglegheit for å tilby barna musikkterapi over lenger tid. Dersom det vert tilsett musikkterapeutar i poliklinikkane i Helse Bergen HF ville det gjort at Post 3 kunne brukt musikkterapien annleis og generelt brukt musikkterapi meir, i følgje dei tilsette sjølv. Det betyr ikkje at Post 3 skal slutte å bruke musikkterapi som ein arena for observasjon og kartlegging. Det er jo det dei hovudsakleg jobbar med, i følgje deltakarane i fokusgruppa. Men dei kan då få moglegheit til å bruke musikkterapi òg som behandling, i dei sakene der det er tenleg. Både som sjølvstendig behandling og som behandlingsutprøving. Musikkterapi ville framleis ikkje vere for alle, men kanskje for fleire av barna som kjem til Post 3. Dei pasientansvarlege sine kriterium for når ein skal ta i bruk musikkterapi og når ein ikkje skal det ville med andre ord kanskje ha endra seg, dersom det vart tilsett musikkterapeutar i poliklinikkane òg.

5.4 Korleis kan det verte tydelegare når musikkterapi er aktuelt, og når det ikkje er det?

Det er dei tre pasientansvarlege på Post 3 som avgjer kva for nokre tiltak som skal takast i bruk med kvart enkelt barn, og dermed òg om eit barn skal delta i musikkterapi eller ikkje. Alle i fokusgruppa såg ut til å vere einig i at musikkterapi ikkje nødvendigvis skal brukast med alle barna som kjem til posten, men at dei må sjå kva det er behov for i kvar enkelt sak. I tillegg var dei tydelege på at det ikkje må bli for mange tiltak for barna slik at dei har det altfor travelt på posten, og at dei må prioritere å bruke musikkterapi i nokon sakar fordi musikkterapien per i dag er ein veldig avgrensa ressurs på posten.

Då eg spurte dei to pasientansvarlege i fokusgruppa kva kriterium dei har for å avgjere om dei skal bruke musikkterapi eller ikkje, var dei ærlege på at dei ikkje hadde nokre godt

gjennomtenkte kriterium. Den eine pasientansvarlege sa at det for hans del var litt tilfeldig når musikkterapi vart brukt og ikkje, og at han gjerne kunne ønske seg ei liste som hjelp. Den andre pasientansvarlege fortalte om nokre kriterium ho hadde, men sa at det ikkje var noko ho hadde tenkt grundig over. Ho var òg tydeleg på at dei ikkje ønsker å avgjere om tiltak er aktuelle eller ikkje ut i frå barnet sin diagnose aleine, fordi dei ser ulike behov hos barn med same diagnose og like behov på tvers av diagnosar.

Det er altså ikkje sjølvsagt at alle barna som kjem til Post 3 skal delta i musikkterapi, som med andre tiltak på posten. Ser vi igjen på Gold et al. (2007, s. 289) sin studie der musikkterapi ikkje viste venta resultat, foreslår forfattarane sjølv at musikkterapi er effektiv for nokon klientar med psykiske vanskar, men ikkje for alle. Korleis kan ein då ta gode val om når eit barn har behov for musikkterapi og når er det ikkje behov for musikkterapi?

I litteraturen eg har lese står det lite eller ingenting om dette. Eg har ikkje kome over nokon tekstar der dei eksplisitt reflekterer rundt kva som gjer musikkterapi aktuelt i kvar enkelt sak, og ikkje i andre. Det nærmaste er kanskje Doak (2013, s. 175) som skriv at musikkterapi, på ein døgnpost for barn og unge med emosjonelle vanskar og åtferdsvanskar, får ei stor og viktig rolle i nokon saker, medan anna terapi vert vektlagt i andre saker.

Eg tenkjer at å klargjere for andre faggrupper når musikkterapi kan vere aktuelt, handlar om å tydeleggjere bruk av musikkterapi generelt. Som seksjonsleiaren sa: «jo meir vi veit om musikkterapi, jo meir veit vi korleis vi kan ta i bruk musikkterapi». Og eg vil leggje til «jo mindre tilfeldig kven som deltar i musikkterapi og kven som ikkje gjer det». Å gjere det meir tydeleg når musikkterapi er aktuelt på Post 3 handlar eigentleg om mange av dei same tinga som vart nemnt under punkt 5.1: å fortelje andre om musikkterapi. Dei tilsette sa at dei har lært mykje, men dei ønsker framleis å lære meir om musikkterapi.

Kjenner ein lite til ein terapiform er det forståeleg at ein er forsiktig med å sende pasientar eller klientar dit. O’Kelly & Koffman (2007, s. 239) fann at nokre av helsepersonellet dei intervjuja hadde vanskar for å forstå kva musikkterapi var, og var skeptisk til å sende pasientar til musikkterapi fordi dei var redd for at pasientane skulle føle at dei måtte prestere.

Musikkterapeutane som Ledger et al. (2013, s. 719) intervjuja fortalte òg at dei opplevde at kollegaar var skeptiske til å la nokon pasientar delta i musikkterapi, og særleg dei som dei såg på som spesielt utsette pasientar. Deltakrane i fokusgruppa på Post 3 sa sjølv at dei ikkje tenkte at nokon barn direkte var for sjuke til å delta i musikkterapi, men la til at dei var

usikker på om barn med utviklingsforstyrrelser burde delta i musikkterapi, fordi dei ofte kan ha vanskar med mange overgangar og mange relasjonar.

Kvar enkelt pasientansvarleg si forståing av musikkterapi vil altså spele ei rolle i forhold til om han eller ho vel å sende eit barn til musikkterapi eller ikkje. Samstundes vil det kanskje vere forskjellar ut ifrå kva utdanning ein har, slik som vart prata om i det andre fokusgruppeintervjuet på Post 3. Dei to pasientansvarlege meinte at ein lege, som har anna fagkunnskap enn ein psykolog, truleg vil kunne ha litt andre kriterium for å sende barn til musikkterapi. Dette stemmer overeins med Darsie (2009) sine funn, der ho oppdaga at ulike faggrupper på sjukehuset hadde ulike meiningar om musikkterapien sin plass og funksjon. Òg Choi (1997) fann ulike tankar om musikkterapien si rolle blant ulike faggrupper, innan psykisk helsevern. Generelt såg det ut til at deltakarane i den studien gav musikkterapi låg poengsum i forhold til dei oppgåvene som dei såg på som sine egne, og forfattaren foreslår at det kan dreie seg om konkurranse ved at dei opplever at deira arbeidsfelt vert invadert og trua («territorial issues»). Dette var ikkje eit tema som vart synleg i fokusgruppa på Post 3. Eg tenkjer på den andre sida at ein vil ha lettare for å forstå kvarandre dersom ein har felles mål og kanskje òg liknande arbeidsmetodar.

Eg trur ein god måte å gjere det tydelegare når musikkterapi er aktuelt og når det ikkje er det er via meir samarbeid. Dette sa musikkterapeuten på Post 3 at ho ønskte, slik at ho kunne vere meir til stades i teama og på møter og liknande.

Twyford & Watson (2008, s. 15-16) og Hobson (2006, s. 66-67) skriv om tre ulike formar for tverrfagleg samarbeid kalla «multidisciplinary», «interdisciplinary» og «transdisciplinary». Desse er truleg tilsvarande Lauvås & Lauvås (i Stiberg & Olstad, 2002) sine «flerfaglighet», «tverrfaglighet» og «fellesfaglighet». Stiberg & Olstad (2002) beskriv det som at desse tre omgrepa er «modellar på ulike stader langs en akse der ytterpunktene representerer henholdsvis total atskillelse av fagene og total sammensmelting av fagene, med tverrfaglig samarbeid i en mellomstilling». Twyford & Watson (2008, s. 15-16) og Hobson (2006, s. 66-67) forklarar dei meir utfyllande slik:

- «Multidisciplinary»: samarbeid der ulike faggrupper arbeider med same pasient, men der kvar og ein skapar sine egne målsettingar og vel sine egne intervensjonar for behandlinga. Dei jobbar altså side ved side, men ikkje saman. Det positive ved dette er at ein kan nytte kvar profesjon sine styrkar og ferdigheiter, men det kan fort skje at

ulike teammedlem går kvar sine vegar i behandlinga, sidan dei ikkje kommuniserer med kvarandre om kva dei gjer saman med klienten.

- «Interdisciplinary»: i denne type samarbeid vil dei ulike teammedlemane jobbe mot same mål, som dei gjerne har utvikla saman, men ha individuell kartlegging og behandling. Dei har med andre ord ein del kontakt med kvarandre, via møter og anna informasjonsutveksling.
- «Transdisciplinary»: samarbeid der ulike faggrupper arbeider tett mot dei same måla, og deler informasjon og ansvar. Hobson (2006, s. 67) beskriv det som at ulike faggrupper kanskje må gå utanfor rammene av det som er typisk for nokon med deira utdanning å skulle gjere, og at klientens behov dermed vert sett framfor profesjonstitlar. I eit «transdisciplinary» samarbeid kan for eksempel ein tilsett med anna utdanning delta i musikkterapien saman med klient og musikkterapeut.

Per i dag ser det ut til at Post 3 hovudsakleg arbeider «interdisciplinary», der dei har jamlege møter og deler målsettingar, men sjeldan eller aldri er til stades i den kartlegginga og/eller behandlinga som andre gjennomfører. Under punkt 5.1 foreslo eg at det kanskje kunne vere nyttig å forsøkje og ha nokon andre tilsette med i musikkterapien på Post 3, og ser no at det ikkje er uvanleg i eit «transdisciplinary» samarbeid.

I tillegg foreslo musikkterapeuten eit endå tettare samarbeid der ho er med og vurderer kven av barna som kan vere aktuell for musikkterapi, noko dei to pasientansvarlege var open for. Dette kan kanskje koplast saman med punktet om å «dele ansvar» i «transdisciplinary» samarbeid. Davis (1990, s. 82), som jobbar som del av eit tverrfagleg team på eit rehabiliteringssenter for barn, skriv at musikkterapeuten der set saman grupper av barn for musikkterapi ut frå deira behov og dannar målsettingar saman med dei andre tilsette. Doak (2013, s. 175) skriv at ho utviklar og gjennomfører ein behandlingsplan for kvart barn, saman med dei andre tilsette på posten.

Hadde det i tillegg vore musikkterapeutar i poliklinikkane, som diskutert under punkt 5.3, kunne det kanskje ha vore eit tettare samarbeid òg mellom poliklinikkane og Post 3. Den eine pasientansvarlege sa jo i fokusgruppa at dersom det var musikkterapeutar i poliklinikkane òg, så måtte poliklinikkane hatt meir kjennskap til musikkterapi, og dermed ha vore med å vurdere om musikkterapi er aktuelt i kvar sak.

Målet er altså ikkje at alle barna som kjem til Post 3 skal delta i musikkterapi, men at om dei deltek eller ikkje deltek skal vere eit bevisst val. At det ikkje lenger skal vere tilfeldigheter eller magekjensle som rår, men gjennomtenkte avgjersler.

6 AVSLUTNING

I denne oppgåva har eg sett på musikkterapi innan psykisk helsevern for barn, med utgangspunkt i problemstillinga

Kva erfaringar og tankar har fagpersonar i eit tverrfagleg team om bruk av musikkterapi innan psykisk helsevern med barn på sjukehus?

6.1 Oppsummering

Eg har gjennom to fokusgruppeintervju med tilsette på Post 3 ved Haukeland Universitetssjukehus fått høyre om deira erfaringar og tankar om musikkterapi. Funna fekk fram at erfaringane og tankane deira har endra seg og framleis er i endring. Eg fekk eit innsyn i korleis bruk av musikkterapi har utvikla seg til slik det er i dag, og kva tankar dei har for musikkterapi på Post 3 i framtida.

Ut ifrå dette har eg drøfta fire hovudtema:

- Viktigheita av å formidle musikkterapifaget til andre faggrupper på arbeidsplassen, og ulike måtar å gjere det på.
- Sider ved musikkterapi som gjer det til ein god arena for observasjon og kartlegging, og viktigheita av å dokumentere i eit journalsystem.
- Moglegheita for å ta i bruk musikkterapi som behandling, og kor sentralt relasjonar som oppstår i musikkterapien er i dette.
- Verdien av å arbeide tett saman med andre faggrupper slik at det kan verte meir tydeleg når musikkterapi er aktuelt som tiltak, og når det ikkje er aktuelt.

Alle desse temaa meiner eg er aktuelle for musikkterapeutar òg andre stader enn på Post 3, både innan psykisk helsevern og andre kontekstar. Å kjenne til ulike formar for samarbeid og verdien av desse, samt å vere bevisst på at ein sjølv er med å bidra til andre faggrupper si forståing av musikkterapi kan vere nyttig kanskje særleg dersom ein skal starte opp eit nytt musikkterapitilbod på ein plass der det ikkje har vore nokon musikkterapeut før. Å reflektere rundt kva som legg til rette for gode observasjonar og korleis dokumentere og vidareformidle desse til andre er nødvendig i alle settingar der musikkterapien er ein del av observasjon og kartlegging. Viktigheita av relasjonar som kan oppstå i musikkterapi meiner eg er viktig for alle musikkterapeutar, uansett kvar og kva tid.

6.2 Kritisk blikk på eiga forskning, og vegen vidare

Undervegs i forskingsprosessen har eg forsøkt å heile tida gjere bevisste val. Det er likevel ting eg kunne ha gjort annleis, og som ville ha påverka funna mine. Var det for eksempel nok med to fokusgruppeintervjua, eller burde eg har gjort fleire? Korleis ville funna mine ha vore viss eg hadde brukt ein annan datainnsamlingsmetode, for eksempel individuelle intervju? At eg ikkje fann ein dag der òg legen som er pasientansvarleg på Post 3 kunne delta i fokusgruppa, kva hadde det å seie for funna? Kan det tenkjast at legen ville ha hatt andre erfaringar og tankar om bruk av musikkterapi på Post 3? Dersom eg hadde valt å gjere individuelle intervju i staden for fokusgruppeintervju, hadde det vore lettare å intervjuja legen òg. Likevel valte eg å bruke fokusgruppeintervju, fordi eg ønskte samhandling mellom deltakarane.

Eit element som heilt sikkert påverka intervjuja og funna er at ingen av deltakarane i studien nokon gong hadde observert eller delteke i musikkterapien på Post 3. Deltakarane kjente altså til musikkterapeuten sitt arbeid berre via det ho hadde fortalt, for eksempel i internundervisninga ho hadde då ho kom til posten og i teammøter, via journalnotata ho skriv, og eventuelt frå barn på posten. Eg valte jo som nemnt informasjonssterke deltakarar for å kompensere for dette så godt som mogleg. Likevel har eg lurt på korleis det ville ha vore dersom eg hadde starta det første intervjuet med å vise deltakarane filmklipp frå musikkterapi, slik at det kunne vere utgangspunkt for samtalen. Eg valte å ikkje gjere dette fordi eg var redd for at det ville styre samtalen for mykje. Kanskje ville deltakarane då ha unngått å prate om ting dei var interessert i, men som ikkje dukka opp i filmklippa. Dette hadde likevel vore interessant å prøve ein annan gong.

Ein anna ting å tenkje på er tema som eg i ettertid ser tok stor plass i fokusgruppeintervjua, men som eg ikkje hadde sett føre meg skulle verte så viktig. Dette er ikkje uvanleg i kvalitativ forskning, der ein justerer kursen undervegs (Malterud, 2011). Likevel kan eg spørje meg sjølv om det er nokon av desse temaa eg burde ha forventa ville dukke opp, og dermed lest om på førehand. Eg visste for eksempel at Post 3 legg mykje vekt på observasjon og kartlegging, men likevel søkte eg ikkje etter litteratur spesifikt om dette på førehand. Eg såg heller ikkje for meg at deltakarane kom til å prate så mykje om musikkterapi i oppstartstida, og kor viktig musikkterapeuten var i utviklinga av deira forståing av musikkterapi. Hadde eg visst det, burde eg kanskje ha leita etter og brukt meir litteratur om å starte opp nye stillingar. Men, som Malterud (2011) seier, må ein ofte inngå kompromiss i forskning, og eg valte å gjere

litteratursøk og lese om musikkterapi med barn og unge med psykiske vanskar, og om musikkterapi som del av tverrfagleg team.

På den andre sida var det òg ting eg trudde kom til å verte viktig i fokusgruppa, men som ikkje vart det. Ein viktig grunn til at eg ønskte å gjere fokusgruppeintervju med deltakarar med ulike utdanningar og stillingar var mellom anna at eg trudde dei ville ha ulike erfaringar og tankar om musikkterapi. Eksempelvis fann både Darsie (2009) og Choi (1997) at dei ulike faggruppene dei intervjuar hadde ulike meiningar om musikkterapi. Deltakarane i fokusgruppa på Post 3 var ikkje einige i alt, og hadde kvar sine erfaringar, men ulikskapane vart likevel ikkje så viktige som eg trudde dei ville bli. Det tydelegaste unntaket er kanskje seksjonsleiaren og den eine pasientansvarlege sine tankar om musikkterapien sitt bidrag i forhold til observasjon (punkt 5.2) . Eg valte likevel ikkje å leggje så mykje vekt på forskjellane, verken i intervjuar, analysen eller presentasjon av funna, fordi det var andre ting eg syntes vart viktigare å få fram.

Etter som litteraturgjennomgangen avslørte lite forskning frå Noreg, både om musikkterapi med barn og unge med psykiske vanskar, og om musikkterapi som del av tverrfagleg team, hadde det vore spanande å sjå meir av dette i framtida. Kanskje kunne ein då ha gjort fleire intervju, og hatt òg ein lege til stades. Kanskje kunne ein forsøkt å bruke filmklipp frå musikkterapi som utgangspunkt for samtalen, og dermed spissa samtalen meir. Dersom ein skulle velje å bruke opptak frå ein musikkterapisituasjon der fokus er på observasjon og kartlegging, kunne ein gjerne ha leita spesifikt etter litteratur som beskriv musikkterapi som ein observasjons- og kartleggingsarena. Det hadde òg vore veldig spanande å høyre om musikkterapi frå brukarane sitt perspektiv, nemleg barna.

7 LITTERATURLISTE

- Braswell, C., Decuir, A. & Maranto, C. D. (1980). Ratings of entry level skills by music therapy clinicians, educators, and interns. *Journal of Music Therapy*, 17 (3), 133-147. Henta frå <http://jmt.oxfordjournals.org/content/17/3/133.full.pdf+html?sid=26b3a28f-a141-4b05-952e-4ff4bdb18b3a>
- Bruscia, K. E. (1986). Advanced competencies in music therapy. *Music Therapy*, 6 (1), 57-67. Henta frå <http://musictherapy.oxfordjournals.org/content/6/1/57.full.pdf+html?sid=004309f2-9c68-4b27-82bb-2d78227b2936>
- Bruscia, K. E. (1998). *Defining music therapy – second edition*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy – third edition*. Illinois: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E., Hesser, B. & Boxill, E. H. (1981). Essential competencies for the practice of music therapy. *Music Therapy*, 1 (1), 43-49. Henta frå <http://musictherapy.oxfordjournals.org/content/1/1/43.full.pdf+html?sid=549962e9-bd3d-433f-bc4a-a87e3cb13e51>
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cassity, M. D. & Cassity, J. E. (2006). *Multimodal psychiatric music therapy for adults, adolescents, and children. A clinical manual. Third edition*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Choi, B. C. (1997). Professional and patient attitudes about the relevance of music therapy as a treatment modality in NAMT approved psychiatric hospitals. *Journal of Music Therapy*, 34 (4), 277-292. Henta frå <http://jmt.oxfordjournals.org/content/34/4/277.full.pdf+html?sid=33a3cab2-1570-470b-b70a-7acc3ced8cd2>
- Darsie, E. (2009). Interdisciplinary team members' perceptions of the role of music therapy in a pediatric outpatient clinic. *Music Therapy Perspectives*, 27 (1), 48-54. Henta frå <http://mtp.oxfordjournals.org/content/27/1/48.full.pdf+html>

- Davies, E. (2005). You ask me why I'm singing: song-creating with children at a child and family psychiatric unit. I F. Baker, & T. Wigram (Red.), *Songwriting. Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students* (s. 45-67). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Davis, R. K. (1990). A model for the integration of music therapy within preschool classrooms for children with physical disabilities or language delays. *Music Therapy Perspectives*, 8 (1), 82-84. Henta frå <http://mtp.oxfordjournals.org/content/8/1/82.full.pdf+html>
- Dileo, C. (2000). *Ethical thinking in music therapy*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.
- Doak, B. (2013). Children and adolescents with emotional and behavioral disorders in an inpatient psychiatric setting. I L. Eyre (Red.), *Guidelines for music therapy practice in mental health* (s. 168-204). Gilsum NH, Barcelona Publishers.
- Freeman, A. (2008). The Elderly. I K. Twyford, & T. Watson (Red.), *Integrated team working. Music therapy as part of transdisciplinary and collaborative approaches* (s. 179-202). London: Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia.
- Gilles, D. C. (1983). Facilitation of communication between service delivery team members. *Music Therapy Perspectives*, 1 (2), 25-27. Henta frå <http://mtp.oxfordjournals.org/content/1/2/25.full.pdf+html?sid=f57f52e0-a7c3-4501-8971-f3124d513cb1>
- Gold, C., Voracek, M. & Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (6), 1054-1063. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00298.x
- Gold, C., Wigram, T. & Berger, E. (2001). The development of a research design to assess the effects of individual music therapy with mentally ill children and adolescents. *Nordic Journal of Music Therapy*, 10 (1), 17-31. doi: 10.1080/08098130109478014
- Gold, C., Wigram, T. & Voracek, M. (2007). Effectiveness of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a quasi-experimental study. *Psychotherapy Research*, 17 (3), 289-296. doi:10.1080/10503300600607886

Goldbeck, L. & Ellerkamp, T. (2012). A randomized controlled trial of multimodal music therapy for children with anxiety disorders. *Journal of Music Therapy*, 49 (4), 395-413). Henta frå

<http://jmt.oxfordjournals.org/content/49/4/395.full.pdf+html?sid=4a24e25d-290a-4e1f-9a4b-38126843ca3a>

Helse Bergen (a). Informasjon om Post 3 Barneposten. Henta frå: <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/pbu/Sider/post-3---barneposten.aspx>

Helse Bergen (b). Psykisk helsevern for barn og unge PBU. Henta frå <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/pbu/Sider/default.aspx>

Helse Bergen. (2014, 18.august). Korleis jobbar vi. Henta frå <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/pbu/Sider/korleis-jobbar-vi.aspx>

Helse Bergen. (2015a, 04.januar). Poliklinikkar. Henta frå <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/pbu/Sider/om-avdeling-for-poliklinikkar.aspx>

Helse Bergen. (2015b, 04.januar). Tilvising til Psykisk helsevern for barn og unge – PBU. Henta frå <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/pbu/tilvisar/Sider/side.aspx>

Helse Bergen. (2015c, 16.januar). Om sengepostane. Henta frå <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/pbu/Sider/om-avdeling-for-sjukehustenester.aspx>

Helse Bergen. (2015d, 04.februar). Om Helse Bergen. Henta frå <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Sider/Om-helseforetaket.aspx>

Helsedirektoratet (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*.

Henta frå

<http://www.psykologforeningen.no/content/download/29959/298925/file/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker.pdf>

Helsedirektoratet. (2009). *Allmennejetjenesten og psykisk helse* (Rapport nr. 04/2009). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2011). Barn og unge. Henta frå <http://www.helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsearbeid/barn-og-unge/Sider/default.aspx>

- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Henta frå <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser>
- Helsepersonelloven. Lov 02.juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.
- Henderson, H. (1991). Music Therapy – an improvisational approach to the treatment of emotionally disturbed children. *Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 3 (2), 52-57. doi:10.1080/16826108.1991.9631463.
- Henning, I. (2012). Music therapy with premature infants: insights and recommendations from the current literature and a German pilot project. *Canadian Journal of Music Therapy*, 18 (1), 26-44. Henta frå <https://www.questia.com/read/1P3-2664510291/music-therapy-with-premature-infants-insights-and>
- Hessenberg, C. & Schmid, W. (2013). Sounding bridges – an intergenerational music therapy group including persons with dementia and children and adolescents in psychiatric care. *Voices*, 13 (2). Henta frå <https://voices.no/index.php/voices/article/view/692/599>
- Hillen, T., Gafson, L., Drage, L. & Conlan, L. M. (2012). Assessing the prevalence of mental health disorders and mental health needs among preschool children in care in England. *Infant Mental health journal*, 33 (4), 411-420. doi:10.1002/imhj.21327
- Hobson, M. R. (2006). The collaboration of music therapy and speech-language pathology in the treatment of neurogenic communication disorders: part 2 – collaborative strategies and scope of practice. *Music Therapy Perspectives*, 24 (2), 66-72. Henta frå <http://mtp.oxfordjournals.org/content/24/2/66.full.pdf+html>
- Hodne, I. H. (2008). Musikkterapeutene som profesjonsgruppe i Norge. I G. Trondalen, & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi* (s. 219-232). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Irgens-Møller, I. (1999). Music therapy in child psychiatry – a two-year project on a psychiatric unit for pre-school children, *Nordisk Tidsskrift for Musikkterapi*, 8 (1), 72-75. doi:10.1080/08098139909477955

- Karlsson, B. (2004). Strålende!!! *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1 (1). Henta frå http://www.idunn.no/tph/2004/01/leder_stralende
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*, 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- 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), 714-732. Henta frå <http://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/JHOM-04-2012-0068>
- Magee, W. L. (2005). Music therapy with patients in low awareness states; approaches to assessment and treatment in multidisciplinary care. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 15 (3/4), 522-536. Henta frå <http://dx.doi.org/10.1080/09602010443000461>
- Magee, W. L. (2008). Team working to meet complex needs in adults with acquired neurological conditions. I K. Twyford, & T. Watson (Red.), *Integrated team working. Music therapy as part of transdisciplinary and collaborative approaches* (s. 154-176). London: Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia
- Magee, W. L. & Andrews, K. (2007). Multi-disciplinary perceptions of music therapy in complex neuro-rehabilitation. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 14 (2), 70-75. Henta frå <http://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/ijtr.2007.14.2.23517>
- Magee, W. L., Baker, F., Daveson, B., Hitchen, H., Kennelly, J., Leung, M. & Tamplin, J. (2011). Music therapy methods with children, adolescents, and adults with severe neurobehavioral disorders due to brain injury. *Music Therapy Perspectives*, 29 (1), 5-13. doi: 10.1093/mtp/29.1.5
- Magill, L. (2006). Role of music therapy in integrative oncology. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 4 (2), 79-81.
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring* (3.utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

- Malterud, K. (2012a). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012b). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 795-805. doi: 10.1177/1403494812465030
- Miller, C. (2008). Music therapy and collaborative working in adult mental health: creative connections and destructive splits. I K. Twyford, & T. Watson (Red.), *Integrated team working. Music therapy as part of transdisciplinary and collaborative approaches* (s. 124-153). London: Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia.
- Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. & Wagenaar, W. A. (2009). *Atkinson & Hilgard's introduction to psychology, 15th edition*. Hampshire: Cengage Learning EMEA.
- O'Kelly, J. & Koffman, J. (2007). Multidisciplinary perspectives of music therapy in adult palliative care. *Palliative Medicine*, 21, 235-241. doi:10.1177/0269216307077207
- Oldfield, A. (2006). *Interactive music therapy in child and family psychiatry. Clinical practice, research and teaching*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov 02.juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter.
- Psykisk helsevernloven. Lov 02.juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.
- Purvis, T. C. (2010). Interprofessional education in mental health: implications for music therapy. *Canadian Journal of Music Therapy*, 16 (1), 95-116. Henta frå <https://www.questia.com/read/1P3-2067208691/interprofessional-education-in-mental-health-implications>
- Regjeringen. (2009, 26.mai). St.prp. nr 63 (1997-1998) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999- 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Henta frå <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/stprp-nr-63-1997-1998/id439521/>

- Regjeringen. (2014a, 30.oktober). Oversikt over landets helseforetak. Henta frå <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/oversikt-over-landets-helseforetak/id485362/>
- Regjeringen. (2014b, 24.november). Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp. Henta frå <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/>
- Rogers, P. (2013). Children and adolescents with PTSD and survivors of abuse and neglect. I L. Eyre (Red.), *Guidelines for music therapy practice in mental health* (s. 313-338). Gilsum NH, Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I G. Trondalen, & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi.* (s. 5-28). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Rådet for psykisk helse. (2010, 06.januar). Psykisk helse i Norge. Henta frå <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=29617>
- Schanche, E. & Binder, S. E. (2006). Her og nå med Daniel Stern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43 (9). Henta frå http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=259620&a=3
- Silverman, M. J. (2007). Evaluating current trends in psychiatric music therapy: a descriptive analysis. *Journal of Music Therapy*, 44 (4), 388-414. doi: 10.1093/jmt/44.4.388
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). Psykisk helsehjelp i Norge. Henta frå http://www.helse-mr.no/ftp/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_23917/attachments/Brosjyre%20om%20psykisk%20helsehjelp%20for%20barnl.pdf
- Stiberg, E. & Olstad, R. (2002). Tverrfaglig samarbeid mellom kultursektoren og helsesektoren. *Tidsskrift for Den norske legeforsking*, 122 (22). Henta frå <http://tidsskriftet.no/article/597088/>
- Tew, J. (2013). Recovery capital: what enables a sustainable recovery from mental health difficulties?. *European Journal of Social Work*, 16 (3), 360-374. doi:10.1080/13691457.2012.687713.

- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. 4. utgave.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Torbergsen, T. (2009). Musikkterapi innenfor en familierapeutisk ramme. I E. Ruud (Red.), *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge* (s. 101-112). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Trondalen, G. (2008). Musikkterapi – et relasjonelt perspektiv. I G. Trondalen, & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi* (s. 29-48). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Twyford, K. (2008). Collaborative and transdisciplinary approaches with children. I K. Twyford, & T. Watson (Red.), *Integrated team working. Music therapy as part of transdisciplinary and collaborative approaches* (s. 31-87). London: Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia.
- Twyford, K. & Watson, T. (2008). Postscript. I K. Twyford, & T. Watson (Red.), *Integrated team working. Music therapy as part of transdisciplinary and collaborative approaches* (s. 214-219). London: Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia.
- Watson, T. (2008). Collaboration in music therapy with adults with learning disabilities. I K. Twyford, & T. Watson (Red.), *Integrated team working. Music therapy as part of transdisciplinary and collaborative approaches* (s. 91-123). London: Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia.
- Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern.* Oslo: Universitetsforlaget.

8 VEDLEGG

8.1 Meldeskjema til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (if. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjekttittel		
Tittel	Musikkterapi med barn innan psykisk helsevern	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Bergen	Velg den Institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgls. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom Institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvemombudet.
Avdeling/Fakultet	Det humanistiske fakultet	
Institutt	Griegakademiet - Institutt for musikk	
3. Daglig ansvarig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Brynjulf	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Stige	
Akademisk grad	Høyere grad	Veileder og student må være tilknyttet samme Institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig Institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Stilling	Forskningsleiar	
Arbeidssted	Universitetet i Bergen	
Adresse (arb.sted)	Lars Hilles gt 19, 4. etasje	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Postnr/sted (arb.sted)	5008 Bergen	
Telefon/mobil (arb.sted)	97189746 /	
E-post	brynjulf.stige@grieg.uib.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Tonje-Lill Heskestad	
Etternavn	Thorgersen	
Akademisk grad	Lavere grad	
Privatadresse	Nicolaysensvei 3b	
Postnr/sted (privatadresse)	5083 Bergen	
Telefon/mobil	90083811 /	
E-post	tonjelill.ht@gmail.com	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	<p>Kva kan musikkterapi bidra med i eit tverrfagleg team innan psykisk helsevern med barn?</p> <p>- Kva meiner ein musikkterapeut som arbeider innanfor denne konteksten?</p> <p>- Kva meiner dei andre yrkesgruppene ved same arbeidsplass?</p> <p>- Kva er likt og ulikt i dei ulike yrkesgruppene tankar kring musikkterapiens moglegheiter og avgrensingar?</p> <p>Eg vil gjennom intervju med ein musikkterapeut ved ei psykisk helsevern-avdeling for barn på eit sjukehus finne ut kva han/hø meiner musikkterapi kan bidra med i det tverrfaglege teamet der. Etterpå vi eg gjennomføre eit fokusgruppeintervju med musikkterapeuten og dei andre yrkesgruppene som arbeider saman med musikkterapeuten.</p>	<p>Redegjer kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.</p> <p>Maks 750 tegn.</p>
6. Prosjektomfang		

Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> ● Enkel institusjon ○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt ○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt 	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige Institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		
7. Utvalgsbeskrivelse		
Utvalget	Ein musikkterapeut som arbeider ved ei slik avdeling i Noreg, og dei andre tilsette ved same arbeidsplass.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Eg kjenner på førehand dei som arbeider der, og vil gjere eit strategisk utval i form av å prioritere "informasjonssterke" deltakarar	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Eg vil parallelt med oppgaveskrivinga ha praksis ved den same sjukehusavdelinga, og vil derfor kjenne deltakarane.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om dette på våre temaside.
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	Omlag 10 deltakarar.	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja ● Nei ○	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn	Om mogleg, og det vert aktuelt, kunne eg kanskje tenkje med å inkludere nokre casevignettar frå eigne praksissituasjonar. Dette vert for å belyse aktuelle tema som kan dukke opp i intervju. Det vil då verte nødvendig å anonymisere etter institusjonens reglar. Men, dersom dette er problematisk, treng eg ikkje gjere dette!	Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar	Og, som tidlegare nemnt, kanskje nokre vignettar frå praksissituasjonar. Dersom dette lar seg gjere.	
9. Datamaterialets innhold		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Informasjon om musikkterapiens rolle og bidrag i eit tverrfagleg team innan psykisk helsevern med barn.	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet. NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samlers det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ○ Nei ●	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.

Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er
Spesifiser hvilke		NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja • Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke?	Om mulig vil eg kanskje beskrive nokre situasjoner fra behandling med klientar, for å belyse viktige tema som dukkar opp i intervju. Desse vil sjølvstapt verte anonymiserte.	Kryss også av dersom IP-adresse registreres.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja • Nei ○	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input checked="" type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja ○ Nei •	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, famillemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg. Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes. Last ned vår veiledende mal til informasjonsskriv
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja ○ Nei •	Har du krysset av for ja under punkt 9. Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkel og hvem har tilgang til den?		NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.

Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input checked="" type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-bildefil. Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Datamaskina er beskytta med brukarnamn og passord	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	Tek i bruk bærbar PC, minnepenn og Sony lydopptakar.	NB! Mobile lagringsenheter bær ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på f.eks. linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler m.m.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Nortakta eller transkriberingsassistent eller toik, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraktreguleres
Hvis ja, hvilken?		Les mer om databehandleravtaler her
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om

Kommentar		dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes Regional komité for medisinsk og helsefaglig
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registerer om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
13. Prosjektperiode		
Prosjektperiode	Prosjektstart:18.08.2014 Prosjektstutt:01.06.2015	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter. Prosjektstutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektstutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbejdes slik at det ikke lenger er mulig å fare opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata. Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Ingen navn vil vere med i masteroppgåva.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet. Les om arkivering hos NSD
14. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Treng ingen finansiering	
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	1	

8.2 Tilbakemelding frå Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Brynjulf Stige
Griegakademiet - Institutt for musikk Universitetet i Bergen
Postboks 7800
5020 BERGEN

NSD - Hårfarsnes gate 29
N-5007 Bergen
Narvik
Tel: +47 25 28 21 17
Fax: +47 25 28 50 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.no: 980 321 884

Vår dato: 11.06.2014

Vår ref: 38955/3/KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.06.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>38955</i>	<i>Musikterapi med barn innan psykisk helsevern</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Brynjulf Stige</i>
<i>Student</i>	<i>Tonje-Lill Heskestad Thorgersen</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Tonje-Lill Heskestad Thorgersen tonjelill.ht@gmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

Askinge gaten 7, 0463 Oslo

NSD - NSI, Universitetet i Oslo, Postboks 1047 Blindern, 0416 Oslo, Tel: +47 22 85 12 11, nsd@nsd.uib.no

NSD - NSI, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7801 Trondheim, Tel: +47 73 48 18 10, icm@svk.uib.no

NSD - NSI, Universitetet i Tromsø, Postboks 1417, 9012 Tromsø, Tel: +47 79 43 20, nsd@stt.uib.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 38955

Personvernombudet kan ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, e-postadresse)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som arbeidssted, stilling, kjønn, alder)
- via kode/koblingsnøkkel som viser til en navneliste

Det er forutsatt at det ikke innhentes opplysninger om tredjepersoner (pasienter) og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

Det er lagt til grunn at det foreligger tillatelse fra ledelsen ved den aktuelle avdelingen.

Prosjektstutt er 01.06.15. Opptak slettes.

Enkeltpersoner vil ikke kunne identifiseres i oppgaven.

8.3 Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Førespurnad om deltaking i forskingsprosjekt

«Musikkterapiens rolle i eit tverrfagleg team på ein døgnpost for barn innan psykisk helsevern. Ei kvalitativ undersøking av korleis musikkterapi kan vere ein del av kartlegging og behandling»

Bakgrunn og mål

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i ein forskingsstudie kopla opp mot masterstudiet i musikkterapi ved Universitetet i Bergen. Målet med studien er å reflektere kring musikkterapiens rolle i eit tverrfagleg team på ein døgnpost for barn innan psykisk helsevern.

Eg ønsker å inkludere tilsette ved posten med ulike utdanningar, for å skape ei gruppe med allsidig kunnskap. Du vert spurt om å delta fordi du har vore i kontakt med musikkterapi, enten ved å vise pasientar til musikkterapi, eller ved å arbeide tett på barn som deltek på musikkterapi.

Kva inneber det for deg å delta i studien?

Du vert bedt om å delta på to fokusgruppeintervju i løpet av våren, saman med andre tilsette ved posten. Intervjua vil maksimalt vare i 90 min, og vil verte gjennomført på posten. Her vil vi samtale kring musikkterapiens rolle i behandlingsteamet: korleis er det å arbeide i team med ein musikkterapeut? Kan musikkterapi vere del av ei heilskapleg behandling for barna? Har musikkterapien felles mål og arbeidsmåtar som dei andre yrkesgruppene, eller andre? Eg håpar at studien, med dykkar hjelp, kan vere med å tydeleggjere musikkterapiens funksjon i det tverrfaglege teamet.

Kva skjer med informasjonen om deg?

Undervegs i intervjua vert det tatt lydopptak, som berre eg og rettleiar ved universitetet vil ha tilgang til. Dette vil verte transkribert, og danne grunnlag for vidare drøfting av temaet i mi masteroppgåve. Dersom ønskjeleg kan du få tilgang til transkripsjonen, for på den måten å redusere risiko for misrepresentasjonar av utsegn.

Sidan deltaking er frivillig og du uttalar deg som fagperson vil anonymisering vere valfritt, og dette kan om ønskjeleg endrast undervegs. Lydopptaket vil verte sletta ved innlevering av masteroppgåva, som etter planen skal vere i mai 2015.

Frivillig deltaking

Det er frivillig å delta i studien, og du kan nå som helst trekkje deg.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du har spørsmål, ta gjerne kontakt med meg på tlf eller mail:

90083811 / tonjelill.ht@gmail.com

Venleg helsing

Tonje-Lill Heskestad Thorgersen

Musikkterapistudent

Samtykke til deltaking i studien

Eg har motteke informasjon om studien, og vel å delta.

(Signert av prosjektdeltakar, dato)

8.4 Intervjuguide 1 og 2

Intervjuguide 1:

- Kan de fortelje om korleis de opplevde den første tida etter at musikkterapeuten var komen til posten i 2011?
- Kan de fortelje korleis de tek i bruk musikkterapi no/beskrive praksisen?
- Korleis tenkjer de at de kan utvikle musikkterapien vidare på posten?

Intervjuguide 2:

Musikkterapi som arena for kartlegging: Det vart sagt sist gong at dei observasjonane og tankane musikkterapeuten gjorde seg i musikkterapien likna veldig på dei observasjonane og tankane andre gjorde seg på andre arenaar.

- Er det alltid slik at musikkterapeuten ser det same som andre ser?

Når skal ein ta i bruk musikkterapi, og når skal ein ikkje?: Det vart sagt sist gong at det er dei tre pasientansvarlege på posten som avgjer når musikkterapi skal brukast som tiltak.

- Kva for nokre kriterium har de når de avgjer om eit barn skal delta i musikkterapi eller ikkje?
- Et det nokon barn de tenkjer er for sjuke til å delta i musikkterapi?
- Hender det at musikkterapeuten er på møter om barna og høyrer om barn som ho tenkjer burde ha vore tilvist til musikkterapi?

Framtida – musikkterapi i gruppesetting: Det vart sagt sist gong at de nesten ikkje tek i bruk gruppe som behandlings- og utviklingsarena for barna i det heile tatt, men som de tenkjer har veldig potensiale, og at de spesifikt kunne tenkje dykk å forsøkje musikkterapi i gruppesetting.

- Kvifor tek de ikkje i bruk gruppe på posten generelt?
- Kva tenkjer de kan vere verdien av å bruke musikkterapi i gruppesetting?

Oppfølging i tida etter posten: Det vart sagt sist at de ikkje ønsker å setje i gong med behandling dersom det ikkje er moglegheit for kontinuitet, og at de hadde tatt i bruk musikkterapi på ein annan måte dersom det var mogleg med oppfølging i tida etter posten.

- Dersom det var mogleg for barna å få oppfølging av ein musikkterapeut i tida etter posten, for eksempel via ein poliklinikk, korleis ville det ha påverka musikkterapien her? Kva ville de ha gjort annleis?