

Tverrfaglig omsorgskultur

Hva skal til i samarbeidet mellom musikkterapeut og øvrig helsepersonell for at beboere på en demensavdelinger skal få best mulig opplevelse av å delta i musikkterapigrupper?



Stine Andrea Sognnes

Masteroppgave i Musikkterapi

Griegakademiet, Fakultet for Kunst, Musikk og Design

Universitetet i Bergen

2021



Griegakademiet



Forord

Etter fem år på musikkterapistudiet er det min tur til å gå ut i 'voksenlivet'. Dette har vært fem fantastiske år som har vært spennende, lærerikt og til tider krevende. Spesielt det siste året har bydd på utfordringer knyttet til Covid-19 pandemien, og det å være forsker på masternivå. Jeg setter umåtelig stor pris på alle som har vært en del av disse fem årene og som har inspirert meg, og motivert meg til å bli den beste musikkterapeuten jeg kan bli.

Først og fremst vil jeg takke mine informanter som har stilt til intervju. Covid-19 har ikke gjort det lett for meg som forsker, men deres gode samarbeidsvilje gjorde vi det mulig! Tusen takk for inspirerende og motiverende samtaler. Det var den drøm å samarbeide med dere.

Tusen takk til min fantastiske familie som har vært utrolig støttende og tålmodig i denne perioden. Tusen takk for gode samtaler, korrekturlesing og gode klemmer gjennom hele prosessen. Jeg hadde virkelig ikke klart det uten dere!

Tusen takk til min fantastiske veileder, Frode Aass Kristiansen. Tusen takk for oppmuntrende ord, gode råd og motivasjon gjennom hele prosessen.

Tusen takk til min lille, fine, gode klasse som virkelig har stått sammen tykt og tynt. Vi har klart det!

Takk til Frida for at du er en så god venninne og roomie! Takk for at du alltid minner meg på at 'du er Frida, og jeg er Stine'.

Tusen takk til Kristin for en fantastisk forsidedegning. Du er god som gull!

Stine Andrea Sognnes

Vår 2021

Abstract

This is a qualitative study that examines the interdisciplinary relationship between music therapist and health care professions in a dementia care facility. The study addresses the challenges within the interdisciplinary collaboration in music therapy groups, based on two personal case stories. Through an ethnographic approach, the data has been collected by interviewing three health care workers and one music therapist, about their personal experiences with music therapy groups and interdisciplinary collaborations. To contextualize the study, case studies related to music therapy groups have been presented as a part of the ethnographic research.

The findings suggest that the term of *understanding* in an interdisciplinary collaboration is crucial for the music therapist to be included in the collaboration. Within the term *interdisciplinary care – culture*, there were especially three elements that were seen as important; *understanding of music therapy as a profession*, *understanding of each other's roles in collaboration with music therapy* and *time and arena to disseminate what music therapy is in a collaboration*. An interdisciplinary care – culture is based on an inclusive and trust-based collaboration, where the elements presented above are important key factors in offering a good treatment offer for the residents.

Keywords: Music therapy, dementia care, interdisciplinary collaboration, understanding in an interdisciplinary collaboration.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| Forord | 3 |
| Abstract | 4 |
| 1.0 Innledning | 7 |
| <i>1.1 Personlig bakgrunn og kontekst</i> | 7 |
| 1.1.1 Praksis på en demensavdeling i Norge | 7 |
| 1.1.2 Praksis på en demensavdeling i USA | 8 |
| <i>1.2 Problemstilling og avgrensning</i> | 11 |
| <i>1.3 Demens</i> | 12 |
| 1.3.1 Musikkterapi i demensomsorgen | 13 |
| <i>1.4 Hvordan forstå musikkterapi?</i> | 14 |
| <i>1.5 Opplevelse</i> | 15 |
| <i>1.6 Samarbeid</i> | 16 |
| 2.0 Litteratur | 17 |
| <i>2.1 Rolle og forståelse i et tverrfaglig samarbeid</i> | 17 |
| <i>2.2 Tiltak og inkludering for et bedre samarbeid</i> | 19 |
| 3.0 Teori | 21 |
| <i>3.1 Personsentrert omsorg</i> | 21 |
| <i>3.2 Musikkterapiens komplekse særegenhet</i> | 23 |
| <i>3.3 Indirekte musikkterapi</i> | 25 |
| <i>3.4 Hybridiseringsstrategi</i> | 27 |
| 4.0 Metode | 29 |
| <i>4.1 Hermeneutisk fenomenologi</i> | 29 |
| <i>4.2 Etnografisk historie</i> | 30 |
| <i>4.3 Etnografisk design</i> | 30 |
| 4.3.1 Fokusert etnografi | 31 |
| <i>4.4 Utfordringer med etnografi</i> | 32 |
| <i>4.5 Forberedelser og gjennomføring av intervju</i> | 33 |
| <i>4.6 Datainnsamlingsmetode</i> | 33 |
| <i>4.7 Transkribering</i> | 34 |

| | |
|---|-----------|
| 4.8 Etisk refleksjon | 35 |
| 4.9 Analyse | 36 |
| 5.0 Presentasjon av funn | 38 |
| 5.1 Forståelse for musikkterapi som fagfelt | 38 |
| 5.2 Forståelse for hverandres roller i et musikkterapeutisk samarbeid | 43 |
| 5.3 Tid og arena for å formidle hva musikkterapi er i et samarbeid | 46 |
| 6.0 Diskusjon | 50 |
| 6.1 Forståelse for musikkterapi som fagfelt | 52 |
| 6.1.1 Å etablere forståelse for musikkterapi | 52 |
| 6.1.2 «Hva er egentlig musikkterapi?» | 53 |
| 6.2 Forståelse for hverandres roller i musikkterapeutisk arbeid | 55 |
| 6.2.1 Samhold, nysgjerrighet og åpenhet | 55 |
| 6.2.2 Personsentrert omsorg | 56 |
| 6.2.3 Indirekte musikkterapi bidrar til bedre fellesskap | 58 |
| 6.3 Tid og arena for å formidle hva musikkterapi er i et samarbeid | 58 |
| 6.3.1 Enfaglig eller tverrfaglig? | 59 |
| 6.3.2 Styrkende tiltak for det tverrfaglige samarbeidet | 60 |
| 6.4 En tverrfaglig omsorgskultur | 61 |
| 7.0 Konklusjon | 64 |
| Bibliografi | 66 |
| Vedlegg 1 | 70 |
| <i>Bekreftelse på registrering i RETTE,</i> | 70 |
| Vedlegg 2 | 71 |
| <i>Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt</i> | 71 |
| <i>Samtykkeskjema</i> | 73 |
| Vedlegg 3 | 74 |
| <i>Intervjuguide</i> | 74 |
| <i>Intervju – musikkterapeut</i> | 75 |
| <i>Intervjuguide – pleier</i> | 76 |
| <i>Oppfølgingsintervju</i> | 77 |

1.0 Innledning

Det er jo vårt felles ansvar som ansatte, som helsepersonell og som musikkterapeut å tilrettelegge for gode rammer, og gjøre det mulig for den enkelte å delta på sine premisser. Det er et stort ansvar og det er et felles ansvar som man har kollektivt, og det er veldig sårbart.

Sitat fra musikkterapeutinformant på sykehjem

1.1 Personlig bakgrunn og kontekst

Sitatet over beskriver det tverrfaglige fellesansvaret som musikkterapeuter og helsepersonell har ovenfor beboerne på en demensavdeling. Sitatet tar for seg musikkterapeutinformantens refleksjoner rundt beboernes deltakelse i en musikkterapigruppe. Informanten beskriver også hvor sårbart dette felles ansvaret kan være i et samarbeid, og hvor lett det kan påvirke beboerne dersom samarbeidet ikke er godt nok tilrettelagt. Dette illustreres også tydelig av to selvopplevde casefortellinger fra min praksistid på universitet, som vil være en viktig del av masteroppgavens etnografiske forskningsprosess.

1.1.1 Praksis på en demensavdeling i Norge

I mitt fjerde studieår som musikkterapistudent fikk jeg studiepraksis ved et sykehjem der jeg jobbet som musikkterapeut på en demensavdeling. Denne praksisperioden skilte seg ut fordi dette var første gang jeg, som kommende musikkterapeut, skulle lede en musikkterapigruppe på egenhånd. Som forberedelse til dette, observerte jeg min praksislærer i aksjon, fikk sangtips og jeg gjorde meg kjent med beboerne og personalet. Praksislærer forberedte meg på ulike scenarioer og hvordan jeg skulle håndtere eventuelle utfordringer som kunne dukke opp. Jeg følte meg godt tatt imot og var klar for å sette i gang på egenhånd. I forkant av gruppen ringte jeg til avdelingen for å dobbeltsjekke at det fortsatt passet å ha musikkterapigruppe den dagen.

Da jeg kom inn på avdelingen var det ingen i dagligstuen. I gangen møtte jeg en pleier som var på vei for å gi meg beskjed om at beboerne var forsinket. Da første beboer kom, tok jeg meg tid til å bli kjent med beboeren. Først etter 20 minutter var alle på plass i rommet og jeg var klar for å begynne. Jeg merket at noen av beboerne var begynt å bli urolig etter å ha ventet lenge på resten av gruppen. Etter første sang

ble gruppen forstyrret av to elektrikere som hadde en avtale med avdelingen om å reparere ovnen i dagligstuen. Som student opplevde jeg ikke at jeg kunne be elektrikerne vente og heller komme tilbake senere. Dermed ble det jeg, og musikkterapigruppen som måtte vente. Dette resulterte i at beboerne ble urolige og begynte å reise seg. Jeg forsøkte å signalisere til en pleier at jeg trengte hjelp til å samle gruppen igjen, men fikk ikke kontakt. Da vi omsider begynte med musikken igjen startet vaskepersonalet å støvsuge utenfor avdelingen. De beboerne som ennå ikke hadde mistet fokus på musikkterapien gjorde det i alle fall nå, og det var ikke stort annet å gjøre enn å avslutte timen før tiden.

Hvert enkelt element jeg opplevde i denne musikkterapigruppen er i seg selv forstyrrende for beboerne, for fokuset mot og flyten i musikkterapien. Når flere slike forstyrrende elementer opptrer samtidig, eller rett etter hverandre, blir det nærmest umulig å gjennomføre en god musikkterapigruppe. Personer med en demensdiagnose blir påvirket av uromomenter og lyder, slik som de som oppstod under musikkterapigruppen, i større grad enn mennesker uten en slik diagnose (Stedje, 2010). I ettertid av gruppen fikk jeg god veiledning fra min praksislærer, men fikk også beskjed om at dette dessverre ikke var unormalt. Praksislæreren ga uttrykk for at dette var noe som ofte ble tatt opp som samtaleemne i tverrfaglige møter, men likevel skjer oftere enn praksislæreren skulle ønske. Samme type problemstilling dukket opp igjen senere, på en annen demensavdeling.

1.1.2 Praksis på en demensavdeling i USA

Under ett praksisopphold ved en institusjon i USA senere i fjerde studieår, fikk jeg muligheten til å observere en musikkterapigruppe på en demensavdeling. Gruppen ble gjennomført i avdelingens spisestue og besto av omtrent 25 beboere. Musikkterapeuten hadde et mål om å få brukerne til å engasjere seg i musikken og samtidig få til en ro i gruppen. Personene i praksisfortellingen er anonymisert.

Da musikkterapigruppen startet, hadde beboerne nettopp spist frokost, og vi befant oss på institusjonens spisestue. Musikkterapeuten startet timen med en klassiker fra det amerikanske repertoaret. Jeg satt meg på kne foran en dame ved navn Mary, og introduserte meg selv mens jeg holdt min egen hånd over hennes. Mary flakket med blikket. «Mary, how are you today?», spurte jeg. «I want to go back to my room!» sa hun med en intensitet i stemmen. «Are you sure you don't want to sing this song with

me? Anna told me it was one of your favorites». Jeg begynte å synge med musikkterapeuten, men jeg merket at Mary ikke klarte å fokusere på musikken. «What song? I can't hear any song?». Jeg snudde meg for å se om noen pleiere kunne følge Mary tilbake til rommet, men alle sto opptatt på kjøkkenet for å rydde etter frokosten. Jeg fortalte Mary at jeg skulle få tak i noen som kunne følge henne og gikk til den andre enden av rommet. Mens jeg gikk tok en annen beboer tak i hånden min og ropte med svak stemme: «Please help me, nobody will take me to the bathroom». Jeg forsøkte å anerkjenne problemet hennes, og fortalte at jeg skulle finne noen som kunne hjelpe. Beboeren reagerte med redsel og fortvilelse og sa «Don't leave me, everybody leaves me. Nobody will listen!»

Underveis i musikkterapigruppen ble jeg oppmerksom på uromomentene som var til stede i rommet. Spisestuen er plassert ved siden av en resepsjon og fungerer som et møtepunkt mellom to avdelinger. Dette førte til at blant annet lyd fra støvsuger og samtaler mellom pleiere nådde inn til rommet. Størrelsen på rommet skapte også store avstander mellom beboerne. I midten av rommet hang det en TV på veggen som sto på uten lyd, og som enkelte beboere fulgte med på. Personalet som var til stede var helsepersonell og renholdspersonell som ryddet opp etter frokosten. Kjøkkenet var integrert i spisestuen hvor lyd fra oppvaskmaskin, rydding og prating ble en stor del av lydbildet i rommet. Min opplevelse av musikkterapigruppen var at de aller fleste ikke forstod hva de var med på. Det var bare noen få som hadde glede av musikken og av musikkterapeuten. På institusjonen i USA var det flere frivillige musikere som utførte en viktig jobb med underholdning på institusjonen. Når man sammenligner jobben til de frivillige musikerne og jobben til musikkterapeuten, var likevel forskjellene små. Utgangspunktet for musikkstunden var den samme som musikkterapigruppen. Dette reagerte jeg på, ikke fordi jeg mener at musikernes arbeid er mindre viktig enn musikkterapeutens, men fordi musikkterapeuten har en annen intensjon og mål med gruppen.

Det slo meg at min opplevelse med musikkterapigruppen i USA liknet veldig på opplevelsen fra casefortelling 1 som jeg hadde i Norge. I egen refleksjon over hvorfor disse casefortellingene har så mange likhetstrekk, kom jeg frem til at det handler om et tverrfaglig samarbeid der det kan virke som om musikkterapien ikke blir sett i sitt arbeid. Jeg startet derfor samtaler med mine musikkterapikolleger og medstudenter og oppdaget at dette var noe de fleste kunne kjenne seg igjen i. Dette gjorde at jeg stilte spørsmål ved hvordan musikkterapi blir oppfattet i det tverrfaglige samarbeidet. I denne masteroppgaven ønsker jeg

derfor å se på det tverrfaglig samarbeidet mellom helsepersonell og musikkterapeuter i demensomsorgen, og hvordan dette påvirker musikkterapeutens arbeid i grupper.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Så hva var det som manglet? Hva må til for at beboerne i eksemplene skulle vært mer mottakelig for musikkterapi, og ikke minst oppleve det som givende?

Ved å forske på helsepersonellens samarbeid med musikkterapeutene håper jeg å få noen indikatorer på hvordan det musikkterapeutiske arbeidet kan bli styrket gjennom tverrfaglig samarbeid. På grunnlag av dette er denne oppgavens problemstilling:

Hva skal til i samarbeidet mellom musikkterapeut og øvrig helsepersonell for at beboere på en demensavdelinger skal få best mulig opplevelse av å delta i musikkterapigrupper?

Problemstillingen tar for seg en løsningsorientert tilnærming til utfordringene jeg har beskrevet i casefortellingene. Casefortellingene tar utgangspunkt i to musikkterapigrupper, som har vært et videre utgangspunkt for forskningsprosessen. I oppgaven vil jeg veksle mellom uttrykkene *det øvrige helsepersonellet*, *helsepersonell* og *pleier*. Jeg ønsker å presisere at jeg bruker uttrykkene som en samlebetegnelse for sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere.

I musikkterapeutens arbeidshverdag på en demensavdeling vil det tverrfaglige arbeidet være mest synlig i en musikkterapigruppe. I slike musikkterapigrupper kan det tyde på at utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet også blir mer fremtredende og transparent; gruppene har ikke de samme rammene og den samme tilretteleggingen som trengs for at beboerne skal få en best mulig opplevelse. Oppgaven vil likevel også være relevant for annet musikkterapeutisk arbeid på avdelingen.

1.3 Demens

Demens er et hjerneorganisk syndrom som i hovedsak rammer godt voksne og eldre mennesker. Det finnes ulike kjennetegn på demens; kognitiv svikt, nedsatt hukommelse og nedsatt evne til å utføre dagligdagse aktiviteter (Engedal & Haugen, 2018, s. 18). Det finnes ingen medisiner eller andre hjelpemidler for å helbrede sykdommen, men det finnes tiltak som kan bremse symptomer slik at sykdommen utvikler seg i et senere tempo. Et eksempel på dette er *miljøbehandling*.

Miljøbehandling defineres som en behandling for å fremme brukerens ressurser uten hjelp av medisinske tiltak (Aldring og helse - nasjonal kompetansetjeneste, 2020). Målet er å arbeide med de fysiske og sosiale omgivelsene for å oppnå trivsel og mestring i hverdagen (Engedal & Haugen, 2018, s. 315). For at miljøtiltak skal kunne bidra med å sinke sykdommens utvikling vil gode rammer og tilrettelegging i de daglige aktivitetene være en viktig faktor for brukerens mestringsfølelse (Engedal & Haugen, 2018, s. 315). Aldring og helse (2020) forteller at den mest foretrukne tilnærmingen til personer med demens i miljøbehandling, er personsentrert omsorg. Det vil si at miljøbehandling blir tilrettelagt etter brukerens behov og individuelle preferanser (Aldring og helse - nasjonal kompetansetjeneste, 2020).

Norge har nylig gjennomført en av de største studiene på utbredelse av demens, der tallene viser at det i 2020 var omtrent 101 000 personer med demenssykdom i Norge. Av disse var omtrent 2000 innenfor kategorien yngre med demens (under 65) (Gjøra, Kjølvik, & Strand, 2020; Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2020). Sammenlignet med tidligere studier viser Gjøra (2020) at forekomst av demens er høyere enn først antatt. Med en slik økning vil antall personer med demens i Norge øke til 235 000 i 2050 og 380 000 i 2100. Disse tallene vil være en medvirkende faktor til eldrebølgen som vil fortsette å utvikle seg i løpet av de neste tiårene (Aldring og helse - nasjonalt kompetansetjeneste, 2019). Gautun (2018) uttrykker bekymring for mangel på utdannede helsearbeidere i eldreomsorgen i årene fremover. Manglende ressurser kan føre til et dårligere tilbud i helse- og omsorgstjenesten, på bakgrunn av den økende arbeidsmengden som kommer som konsekvens av eldrebølgen. Et resultat av dette kan bli et dårligere behandlingstilbud til beboerne dersom ikke andre yrkesgrupper blir inkludert i helsepersonellens tverrfaglige team. Aasgaard (2006) beskriver sykepleierne som limet i det tverrfaglige samarbeidet (s. 77). Det vil derfor være viktig for andre fagprofesjoner å inkludere seg i helsepersonellens arbeidshverdag for å være en del av avdelingens utvikling.

1.3.1 Musikkterapi i demensomsorgen

Hanne Mette Ridder (2016) viser til at et miljøtiltak man ofte blir henvist til etter man har fått en demensdiagnose, er musikkterapi (ss. 133 -145). Musikkterapi kan bidra med å bevare minner, identitet, opprettholde personverd og redusere angst og uro (Kvamme, 2020, s. 96). Gjennom musikalske interaksjoner og opplevelser på individ- og gruppenivå, kan man skape et grunnlag for relasjon og tillit. Musikk kan skape gjenkjennelse, noe som hjelper brukeren til å fokusere på det som skjer akkurat her og nå. Ridder (2016) forteller at musikk kan brukes for å markere tid, sted, eller personer etter brukerens ønsker og behov (ss. 133-145). Gjennom målrettet bruk av musikk kan musikkterapi også være med å påvirke kroppens muskler og motorikk. I musikkterapi blir ofte helsepersonell og pårørende en del av terapitimene for å være med å påvirke brukerens miljø.

I de to praksisbeskrivelsene jeg tok utgangspunkt i innledningsvis var det flere lydasperker som påvirket musikkterapigruppen. Musikkterapeut Kristi Stedje (2010) tar for seg flere aspekter ved lyd. Dette er blant annet lyd som forvirrer, stillhet og lyd av musikk (s. 16). Stedje (2010) forklarer lyd som en kompleks individuell opplevelse, og skriver videre at lyd miljøet i oppholdsrommet bør derfor være en viktig faktor som kontinuerlig skal være under evaluering (s. 16). For mye lydstimuli kan skape engstelse og stress, mens for mye stillhet vil oppleves som isolerende. Andre lyder, som for eksempel en maskin som durer, og folk som kommer og går vil kunne gi en negativ effekt på aktiviteten. Beboernes ulike behov vil variere ut ifra dagsform og dagens tidligere aktiviteter. Derfor er en god dialog med personalet om bruk av lyd før, under og etter musikkterapi gruppe avgjørende for beboernes trivsel og trygghet (Stedje, 2010, s. 17).

Musikkterapi har de siste årene fått en økende interesse innen eldreomsorgen, og har derfor blitt et viktig fagfelt i eldreomsorgen (Stige & Ridder, 2016). Musikkterapiens utvikling som profesjon blir blant annet løftet frem som et eksempel på hvordan Norge kan jobbe mot et mer demensvennlig samfunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018-2019, s. 79; Andaur, 2019). Musikkterapi fremmes også som et godt alternativ og er representert i stortingsmeldingen *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn*, som skal fokusere på å styrke samfunnets tjenestetilbud til personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018-2019, ss. 79, Boks 5.10).

1.4 Hvordan forstå musikkterapi?

Music therapy is 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. As defined here, music therapy is the professional practice component of the discipline, which informs and is informed by theory and research.

(Bruscia, 2014, s. 36)

Bruscia (2014) forklarer definisjonen som en «fungerende» definisjon på bakgrunn av at musikkterapi er for kompleks og for bred til å defineres som en filosofi, kultur, behandlingsmodell eller en klinisk setting (s. 35). Det spekuleres derfor i om musikkterapi noen gang vil få en universell og endelig definisjon. Denne kompleksiteten ved musikkterapifaget går igjen i alle tre utgaver av *Defining music therapy* (Bruscia, 2014). Bruscia (2014) beskriver kompleksiteten av musikkterapeutens yrkesrolle og har egne kapitler om terapeutrollen, klientrollen, om hvordan musikkterapi kan være til hjelp, og ikke minst om den musikkterapeutiske prosessen (s. 5).

Bruscia (2014) sin motivasjon for å definere musikkterapi oppstod på bakgrunn av en undersøkelse som viste at musikkterapeuter var usikre på sin egen yrkesrolle (s. xx). Undersøkelsens resultat viste at musikkterapeuter verden over hadde forskjellige ideer på hvem de var som musikkterapeuter. I dag finnes det flere definisjoner av hva musikkterapi er, og hva musikkterapi kan bidra med. Likevel opplever musikkterapeuter nærmest på daglig basis å få spørsmålet; «Hva er musikkterapi?» (Bruscia, 2014, s. 3). Spørsmålet blir stilt til musikkterapeuter i møte med blant annet pårørende, pasienter og kollegaer og i det sosiale livet. Bruscia mener at dette spørsmålet blir stilt på bakgrunn av menneskers kjærlighet for musikk. Det vil derfor oppstå en naturlig fascinasjon for musikkterapi, fordi det innebærer *musikk*.

And if this were not enough, it is also the first topic of discussion in many social situations, such as when being introduced at a party or when meeting a new friend. It never fails: After the initial "What do you do?" and reply "I'm a music therapist," there will be a long, respectful silence, a dazed look, and then the inevitable: "Exactly what is music therapy?"

(Bruscia, 2014, s. 3)

Bruscia (2014) sin beskrivelse av at musikkterapi kan fremstå som et ukjent yrke i flere sosiale settinger oppleves også på arbeidsplasser til mange musikkterapeuter (s. 3). Det å ikke bli forstått i sitt eget fag var noe Kari Aftret (2008) opplevde da hun startet som musikkterapeut i ny kommune. I sitatet nedenfor forteller Aftret (2008) om sine utfordringer med etablering av musikkterapeutisk arbeid i kommunen (s. 248). Forståelse for hennes rolle var en mangel i det tverrfaglige samarbeidet, og det satte preg på det musikkterapeutiske arbeidet.

Da jeg fikk jobb i en landsbykommune med 13 000 innbyggere i 1992, visste få i kommunen hva slags kompetanse en musikkterapeut hadde, og hva jeg som fagperson kunne bidra med. Utgangspunktet for ansettelsen var mer det jeg beskriver som en følelse hos min daværende sjef, nemlig at en musikkterapeut satt inne med en særegen kompetanse (...). Utover denne følelsen var min oppfatning at det var lite kunnskap i kommunen om hvilken kompetanse en musikkterapeut hadde. (...). Fortsatt sliter vi med et fag som er lite kjent og utbredt, og kunnskapen om musikkterapiens egenart og hva slags kompetanse en musikkterapeut innehar er mangelfull rundt i landets kommuner.

(Aftret, 2008, ss. 243-248)

1.5 Opplevelse

I problemstillingen blir det stilt spørsmål om hvordan beboere kan få en *best mulig opplevelse* av en musikkterapigruppe. Det vil derfor være naturlig å se på hvilke faktorer som må til for at beboerne skal *oppleve* musikkterapien som givende. En opplevelse defineres som en subjektiv, emosjonell erfaring som kan påvirke personens tankeprosess og motivasjon (Teigen, 2020). Den engelske definisjonen av opplevelse blir derimot beskrevet som *experience*, som også kan beskrives som *erfaring*. I en teoretisk kontekst kan begrepet *experiential* være en karakteristisk måte å forstå noe gjennom et subjektivt inntrykk på oss selv, kroppen og sinnet (Ansdell, 2014, s. 57). Ansdell (2014) beskriver at en erfaring baserer seg på nåtidens øyeblikk som etterlater et levende inntrykk hos personen (s. 57).

En musikalsk opplevelse oppstår når man er en del av handlingen, i denne sammenhengen i musikkterapigruppen (Ansdell, 2014, s. 65). For å være en del av den musikkterapeutiske handlingen må man oppleve og erfare musikk som et kroppslig fenomen som er nærliggende vårt kroppslige liv. En musikalsk opplevelse vil derfor være en individuell og spesiell opplevelse som har mulighet til å gi en følelse av helhet i hverdagen

(Ansdell, 2014, s. 79). Ansdell (2014) sammenligner disse kroppslige opplevelsene med musikkens energi, dynamikk og spenning som, på lik linje med kroppen, har en retning og intensjon (s. 67). Han beskriver også hvordan musikk vil opptre ulikt basert på hvordan man relaterer seg til musikken, hvordan man henvender seg til musikk og hvordan man skaper en mening rundt musikken.

1.6 Samarbeid

Interessen for den egentlige betydningen av hva samarbeid er i konkrete kontekster har vært økende de siste årene (Ness, 2016). Rochelle og Teasley (1995) definerer samarbeid som en konfliktløsning mot et felles mål. Samarbeid er et konkret begrep hvor tilnærmingen baserer seg på å «arbeide sammen» eller å «handle sammen» (Ness, 2016). På en arbeidsplass har man friheten til å organisere arbeidsoppgavene på en måte som arbeidsplassen finner mest hensiktsmessig (Regjeringen, 2017). Hver deltaker har sin egen arbeidsoppgave og får et ansvar og en forpliktelse overfor de andre om å fullføre oppgaven. I det å «arbeide sammen» (samarbeide) og «handle sammen» (samhandle) finner vi også en gjensidig relasjon, og felles engasjement vil være viktig i veien mot målet (Ness, 2016).

Helsedirektoratet (2019) definerer tverrfaglig samarbeid som en strukturert arbeidsform som sikrer kunnskapsutvikling og tjenesteutvikling. Forutsetningen for at en slik struktur skal fungere i de ulike faggruppene er at faktorer som dialog, felles forståelse og felles mål er ivaretatt. For at de ulike fagområdene skal ha mulighet til å oppnå disse faktorene er kommunens tilnærming til rutiner, på tvers av faggruppene, avgjørende (Helsedirektoratet, 2019, s. 1). Dersom disse faktorene ligger til grunn vil det tverrfaglige samarbeidet ha mulighet til å utvikle en god struktur for brukermedvirkning og pasient- og brukerrettighetsloven (Helsedirektoratet, 2019, s. 2; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021, §3-1).

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008 - 2009) legger vekt på et helhetlig tjenestetilbud til bruker, og poengterer at tverrfaglig samarbeid er en av de viktigste faktorene for å oppnå det helhetlige tjenesteforløpet. God samhandling anses som en forutsetning for å kunne yte gode helsetjenester. I motsatt tilfelle vil mangel på samhandling mellom de ulike profesjonene gi pasientene en opplevelse av et problematisk og uoversiktlig tjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008 - 2009).

2.0 Litteratur

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for relevant litteratur for denne oppgaven. I prosessen med litteratursøk benyttet jeg meg av databasene Oria, Google Scholar, Bora og PubMed. Jeg har funnet lite litteratur innenfor det konkrete temaet til oppgaven. Samtidig ønsker jeg presentere litteratur jeg mener fortsatt kan være relevant for min problemstilling. Deler av litteraturen som blir presentert i oppgaven er litteratur som kommer fra studiekolleger, lærere og tidligere pensum. Søkeordene jeg har brukt i litteratursøket er blant annet: «musikkterapi*», «tverrfaglig» og «tverrfaglig samarbeid» og «eldreomsorg». Søkeordene ble utført både på norsk og engelsk.

2.1 Rolle og forståelse i et tverrfaglig samarbeid

Vidje referert i Aftret (2008) beskriver tverrfaglig samarbeid som noe mer enn deling av informasjon i tverrfaglige møter (248). Ved å ta del i hverandres kunnskap kan man i større grad være med å påvirke hverandres vurderinger og tiltak i behandlingstilbudet (Vidje, 2000, referert i Aftret, 2008). Der hvor ulike faglige tradisjoner ikke blir ivaretatt i det helhetlige behandlingsteamet er det lett for at de ikke-medisinske fagtradisjonene (ergoterapeut og musikkterapeut o.l.) blir ekskludert fra det tverrfaglige fellesskapet (Gjersdal, Rosendahl, & Sørensen referert i Kraft, Blomberg & Hedman, 2015, s. 30). I sitatet nedenfor opplevde legen et godt tverrfaglig samarbeid, men sykepleieren og fysioterapeuten opplevde et mer *enfaglig* fremfor *tverrfaglig* samarbeid:

Jeg tror ikke jeg vet alt om legens rolle, men jeg ser hva han gjør. Men jeg har aldri spurt en lege om å forklare sin rolle til meg. Og siden jeg aldri har vært gjennom et medisinstudie, så vet jeg bare ikke (Gjersdal, Rosendahl, & Sørensen, 2015, s. 31).

Sitatet synliggjør sykepleierens utfordring rundt konkretiseringen av legens rolle. En slik mangel på formidling bidrar til opplevelsen av å jobbe *enfaglig*, og kan skape hierarkiske opplevelser hos sykepleierne og fysioterapeutene (Gjersdal, Rosendahl, & Sørensen, 2015, s. 30).

O’Kelly (2007) undersøkte hvilke faktorer som kan bidra til det tverrfaglige samarbeidet med musikkterapeuter. Siden begynnelsen av 2000-tallet har antall musikkterapistillinger firedoblet seg i arbeid med pasienter med ulike sykdomsbilder. For å videreutvikle og styrke

arbeidet med musikkterapi i tverrfaglige team, intervjuet O’Kelly (2007) representanter fra ulike yrkesgrupper som jobber sammen med musikkterapeuter (s. 235). Studien samler erfaringer fra blant annet sykepleiere, leger, fysioterapeuter, og ser på hvilken positiv innflytelse musikkterapi har hatt i arbeidet deres. I analysen av intervjuene identifiserte O’Kelly (2007) fire forskjellige kategorier som kunne påvirke musikkterapiens rolle i det tverrfaglige samarbeidet (ss. 237-238):

General attitudes towards music therapy: Her kom det frem at enkelte pleiere var bekymret over beboernes psykiske helse dersom musikkterapien ikke ble utført på riktig vis. Musikkterapiens verdi og aksept på avdelingen måtte utvikles over tid, slik at de ansatte fikk sett musikkterapiens positive effekt.

The perceived scope of music therapy tar for seg seks forskjellige domener som synliggjør musikkterapiens positive bidrag og innflytelse. De seks domene viser musikkterapiens positive innflytelse på avdelingen, der emosjonelle, fysiske, sosiale, miljømessige, spirituelle og kreative faktorer i musikkterapien ble trukket frem.

Holism and music therapy, tar for seg musikkterapiens naturlige tilnærming som disiplin, blir ansett som en komplett tilnærming til beboernes velvære, og en effektiv balanse i medisinske behandlinger.

The integration of music therapy within palliative care: Manglende forståelse for musikkterapi som fagfelt var en av hovedelementene som kom frem i denne kategorien. I en undersøkelse kom det frem en bekymring rundt empirisk dokumentasjon av effekten av musikkterapi. På bakgrunn av dette poengterer O’Kelly (2007) viktigheten av å ha en god dialog om hva musikkterapi er, og hva det kan bidra med (ss. 237-238). Etter undersøkelsen ble det satt i gang tiltak, som for eksempel observasjon og skjemaer, for å kartlegge musikkterapeutens arbeid.

Gjennom en redegjørelse for musikkterapiens rolle får studien frem viktige sosiale og miljømessige faktorer i det tverrfaglige samarbeidet (O’Kelly, 2007, s. 239). Undersøkelsen har klare fordeler ved at den dekker et bredt spekter av fagpersoner innenfor helsesektoren. Studien er med på å belyse et viktig tema innenfor musikkterapiens tverrfaglige rammer og roller i et samarbeid, og er et tema som forskes videre på. Studien bidrar også til å øke bevisstheten rundt musikkterapiens egenart ved å konkretisere flere faktorer som er viktig i det musikkterapeutiske arbeidet. O’Kelly (2007) presiserer i studien at faktorene som blir presentert også kan være relevant for andre land (s. 240). Dette er fordi mange av de samme utfordringene med å forstå for hva musikkterapi er, kan sees på mange sykehjemsavdelinger.

Jeg opplever selv at dette kan underbygges i mine casefortellinger som beskriver lignende utfordringer på ulike sykehjem i to forskjellige land.

2.2 Tiltak og inkludering for et bedre samarbeid

Woods referert i Stige & Kristiansen (2016) beskriver musikkterapeutens første tverrfaglige møte på et sykehjem hvor de andre ansatte stilte spørsmålet: «How will you help my patients, and how will you help us?» (s. 19). Woods beskriver en forventning fra pleierne om å gjennomføre et resultatrikt arbeid, ikke bare for beboerne, men også for det tverrfaglige samarbeidet. For en musikkterapeut er tverrfaglig samarbeid helt avgjørende, da et godt tverrfaglig samarbeid kan bidra positivt til beboerens velvære (Stige & Kristiansen, 2016, s. 19).

Aasgaard (2006) hevder at økt informasjon og kommunikasjon mellom helseprofesjonene vil være til fordel for pasientene, ved hjelp av nye tilnæringsmetoder og synsvinkler (s. 48). Samarbeidprosjekt mellom de ulike helseprofesjonene hjelper musikkterapi til å bli mer integrert i sykehjemmenes rutiner og det tverrfaglige samarbeidet er nødvendig for brukerens helse og trivsel (Aasgaard, 2006, s. 48 & 76). Dette beskriver Aasgaard (2006) som «Et mer utstrakt samarbeid mellom helseprofesjoner og musikkterapeuter» (s. 48).

I boken *Musikk og helse* forsket Myskja (2006) etableringen av musikkterapi på et sykehjem (ss. 173-200). Målet med studien var å se hvordan musikkterapi kan være en positiv påvirkning på helsepersonellens økte arbeidsmengde. For å finne ut dette var musikkterapeutenes inkludering i avdelingens aktiviteter ulik. I prosjektet ble to musikkterapeuter utplassert på hvert sitt sykehjem, hvor kun den ene musikkterapeuten skulle inkludere seg i avdelingens aktiviteter. Musikkterapeutenes og helsepersonellens fagutdanning og kompetanse var viktige faktorer i studien.

Musikkterapeut 1 ledet en musikkterapigruppe i dagligstuen to ettermiddager i uken uten å inkludere seg mer i avdelingens aktiviteter. Institusjonen fikk et godt inntrykk av musikkterapeutens arbeid, men var usikker på musikkterapiens virking. Dette resulterte i at evaluering fra institusjonen ikke ble levert inn og det ble utfordrende å fortsette det videre arbeidet (Myskja, 2006, s. 188).

Musikkterapeut 2 tilbrakte to timer på to poster, én dag i uken. Hennes interesse i avdelingens aktiviteter gjorde at det øvrige helsepersonellet også fikk en interesse i det

musikkterapeutiske arbeidet. Det ble gjennomført grundig evaluering og rapportering fra helsepersonellet og musikkterapeuten. Ved bruk av diverse skjemaer kunne de lettere kvalitetssikre beboerens behandlingstilbud. Resultatet og effekten av musikkterapi var derfor utelukkende positivt.

Myskja (2006) trekker frem integrering som en viktig faktor for at musikkterapeut 2 hadde et vellykket resultat (s. 189). I intervjuene kom det frem at musikkterapi bidro til å minske avdelingens sykefravær og de opplevde henne som en forlenget arm for det de ønsker gjøre for beboerne, men ikke har tid til selv. Den økologiske vinklingen på arbeidet tillot musikkterapeuten å bli en del av det integrerte teamet på avdelingen, i tillegg til å fremme den musikkterapeutiske effekten (Myskja, 2006, s. 189). Forståelsen for at musikk kan ha en terapeutisk effekt bidro til en holdningsendring og et ønske om å fortsette arbeidet.

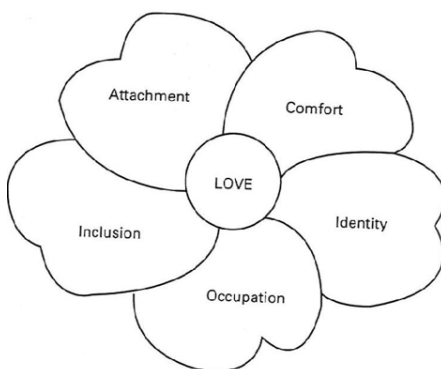
3.0 Teori

I dette teorikapittelet vil jeg først ta for meg en sentral tverrfaglig tilnærming som ligger til grunn for arbeidet ved mange sykehjemsavdelinger i Norge, nemlig personsentrert omsorg. Videre i kapittelet vil jeg gå inn på musikkterapiens kompleksitet og kompetanse. Avslutningsvis tar jeg for meg to strategier som vil være nyttig i etableringen, eller utviklingen av det tverrfaglige samarbeidet med musikkterapi på sykehjem.

3.1 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er en sentral omsorgsfilosofi i demensomsorgen som bidrar til å tilrettelegge beboernes individuelle ønske i en gitt situasjon (Aldring og helse - nasjonal kompetansetjeneste, 2020; Rokstad & Røsvik, 2018). En personsentrert tilnærming er en tilnærming som ofte blir brukt av både musikkterapeuter og helsefagarbeidere (Ridder, 2016, s. 38). Jeg vil videre se nærmere på hva personsentrert perspektiv innebærer, og deretter ta for meg de tverrfaglige aspektene ved perspektivet.

Tom Kitwood (1997) sitt perspektiv på personsentrert omsorg handler om å rette fokus på *personen* og ikke *sykdommen*. «The time has come to bring the balance down decisively on the other side, and to recognize men and woman who have dementia in their full humanity. Our frame of references should no longer be person-with-DEMENTIA, but PERSON-with-dementia» (Kitwood, 1997, s. 7). Ved hjelp av fem psykologiske behov mener Kitwood (1997) at menneskers fullverdige behov blir dekket (s. 81). Disse fem behovene overlapper hverandre og utgjør til sammen behov for kjærlighet. Hvert av disse behovene, vist i figuren nedenfor, vil til en viss grad være med på å fullføre hverandre til en helhet. Mennesker med en demenssykdom vil være sårbar i større grad enn man ville vært uten sykdommen. En slik personsentrert tilnærming vil derfor ha en større betydning for å utfylle behovene (Kitwood, 1997, s. 81).



Figur 1 The psychological needs of people with dementia (Kitwood, 1997, s. 81)

Kitwoods (1997) bakgrunn for kjernen i figuren kommer fra det barnlige behovet for kjærlighet som blir mer fremtredende i en demenssykdom (s. 81). Kjernen representerer kjærlighet som står for menneskers behov for å elske, og å bli elsket. I et personsentrert arbeid handler dette om en ubetinget aksept for hvem beboeren er, med en helhjertet tilnærming. Behovsmønsteret til mennesker vil variere ut ifra livshistorie og personlighet.

Comfort er det første behovet Kitwood (1997) presenterer (s. 81). Behovet handler om menneskers behov for ømhet, nærhet, å bli trøstet og å finne indre ro og trygghet. Ved å utstråle varme og styrke kan man bidra med å oppfylle behovet for *comfort*.

Attachment er det andre behovet Kitwood (1997) presenterer (s. 82). Mennesker, som en sosial art, er av natur avhengig av hverandre i ulike sosiale og kulturelle kontekster. Denne tilknytningen beskriver Kitwood som menneskers sikkerhetsnett, spesielt i det tidlige stadiet i livet. Mennesker med demens opplever en lignende type tilknytningsbehov grunnet deres mer sårbare livssituasjon¹.

Inclusion er Kitwoods (1997) tredje psykologiske behov som omfatter menneskers behov for å oppleve å være en del av en gruppe (s. 83). Opplevelsen av å bli inkludert i et fellesskap vil være en av faktorene som kan bidra til å sinke sykdomsforløpet ved demenssykdom.

Occupation, det fjerde behovet, handler om å få pasientene til å engasjere seg og involvere seg i aktiviteter, som bidrar til å utvikle menneskets muligheter og krefter. I demensomsorgen er dette viktig nettopp fordi det bidrar til økt selvfølelse, mestring og en opplevelse av å være til nytte (Kitwood, 1997, s. 83).

Identity, som er det siste behovet tar for seg menneskers behov for konsistens i de forskjellige rollene i livet. Identitet representerer blant annet følelsen av å ha en kontinuitet med fortiden og en historie som kan presenteres til andre. Opprettholdelse av identitet i en demenssykdom innebærer to essensielle faktorer: bakgrunnshistorie og empati (Kitwood, 1997, s. 83).

«Care is much more than a matter of individuals attending to individuals» (Kitwood, 1997, s. 110). Helsemyndighetene forteller at personsentrert omsorg er en anerkjent metode, men det vil ta tid før metoden er innført som en omsorgsfilosofi på demensavdelinger i Norge (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 306).

Å benytte seg av metoden i praksis har vist å ikke alltid være like enkelt, og kan føre til et mindre helhetlig arbeid dersom ikke alle i teamet er innforstått med omsorgsfilosofien (Kitwood, 1997, ss. 109 - 112). En etnografisk studie basert på opplæringen i personsentrert omsorg viste at enkelte pleiere ikke var fortrolig med begrepet, og at de beskrev sin pleiemetode som «god pleie» (Arfaoui referert i Rokstad, 2021). På grunn av helsepersonellens manglende begrepsforståelse kom det frem et språk i pleieomsorgen i

¹ Demensrammede mister blant annet minner, korttidshukommelse, nedsatt evne til å utføre dagligdagse gjøremål, i tillegg til motoriske ferdigheter. Det vil derfor være naturlig å søke til en livsstadiet som føltes kjent og trygt (Aldring og helse - nasjonal kompetansetjeneste, 2020; Engedal & Haugen, 2018).

studiets observasjon. Dette spriket resulterte en spenning mellom de ansatte hvor det var et klart behov for en åpen dialog om forventninger til det tverrfaglige samarbeidet (Rokstad, 2021).

Lignende utfordringer med integrering av personsentrert omsorg kom frem i en annen studie, på to avdelinger fra samme sykehjem. Den ene avdelingen viste seg å ha utfordringer med å integrere metoden fordi det var et større antall ansatte på avdelingen. Opplæringen av metoden var et tre-dagers-kurs der de ansatte selv hadde ansvar for å implementeringen i praksis (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 308). Personsentrert omsorg blir ansett som en kompleks omsorgsfilosofi som krever holdning- og atferdsendring om den skal bli vellykket (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 309). Andre faktorer som dårlig kommunikasjon og mangel på kunnskapsdeling kan også være med å påvirke implementeringsprosessen.

De to eksemplene som ble presentert over tar for seg helsepersonellens samarbeid mot en personsentrert tilnærming. Et interessant aspekt i litteraturen, slik jeg ser det, er at litteraturen handler om *pleiepersonalets* etablering av personsentrert omsorg, og ikke i særlig grad inkluderer andre yrkesgrupper (Rokstad & Røsvik, 2018; Kitwood, 1997; Aldring og helse - nasjonal kompetansetjeneste, 2020). Etableringen av personsentrert omsorg på en avdeling vil også kunne gjelde andre yrkesgrupper, som for eksempel musikkterapi. Den musikkterapeutiske litteraturen som omtaler personsentrert omsorg, tar heller ikke for seg de tverrfaglige aspektene til omsorgsfilosofien (Ridder, 2016; Kvamme, 2020). Som nevnt er ikke personsentrert omsorg en omsorgsfilosofi godt nok utbredt i Norge til at det vil være en selvfølge at alle i det tverrfaglige samarbeidet benytter seg av den. Samtidig er det interessant å poengtere at musikkterapi, som også benytter seg av omsorgsfilosofien, ikke blir inkludert i litteraturen som en del av det tverrfaglige teamet².

3.2 Musikkterapiens komplekse særegenhet

Den amerikanske musikkterapi pioneren Donald Michel (1976) stilte spørsmål om musikkterapifagets fagtittel og hvordan dette kan påvirke andres persepsjonen av hva musikkterapiens rammeverk går ut på. Det vil si at *musikkterapi* ikke er like selvvinnlysende i sitt arbeid slik som *fysioterapi* og *taleterapi*. Å hjelpe menneskers «musikk» vil ikke være det samme som å hjelpe mennesker med «tale». Samtidig poengterer Bunt og Stige (2014) at musikkterapeuten faktisk hjelper menneskers «musikk» ved å tillate emosjonelle og estetiske

² Dette gjelder også andre yrkesprofesjoner som ikke er regnet som helsepersonell. Eksempler på dette kan være fysioterapeut, taletterapeut, psykolog og lignende.

tilnærminger som er meningsfull for klienten. Beskrivelsen av musikkterapi i en arbeidskontekst avhenger av hvilke intensjoner vi har i en gitt situasjon (Bunt & Stige, 2014).

Ruud (2018) tar for seg musikkterapiens kompetanseområder, og hvilke fellesnevnerne i denne kompetansen som kan relateres til andre disipliner. Ruud skriver at norske musikkterapeuter bevisst har unngått profesjonskamper for å beskytte denne kompetansen. På bakgrunn av at musikkterapi ikke har en enerett til musikk har musikkterapifeltet minsket avstanden mellom ordinære musikkaktiviteter og musikkterapeutiske aktiviteter. I Norge er ikke musikkterapeut en beskyttet yrkestittel, hvilket innebærer at hvem som helst kan utøve musikkterapi i kliniske omgivelser, uavhengig av formell kompetanse (Norsk forening for musikkterapi, 2019). På grunn av dette har det å definere musikkterapiens særegne kompetanse vært viktig for utviklingen av musikkterapifeltet (Bruscia, 2014, s. 71).

Ruud presenterer seks forskjellige kompetanser som representerer en totalkunnskap en musikkterapeut bør beherske. Kompetansene kan ha fellestrekk til andre helserelaterte fag, men det er altså summen av de seks kompetansene som utgjør musikkterapeutens kompetanse.

1. *Musikalsk kompetanse*: Gjennom utdanningsforløpet til en musikkterapeut settes det krav til gode musikalske ferdigheter. Dette gjelder på opptaksprøven til studiet, men også underveis i utdanningen. En slik kompetanse vil være felles for musikere, musikkpedagoger og musikkterapeuter, noe som kan skape en rolleforvirring dersom musikkterapeuten *kun* blir sett for sin musikalske kompetanse.
2. *Metodisk kompetanse* baserer seg på musikkterapeutens evne til å tilrettelegge sjangre, musikkteori, improvisasjon, musikalsk ledelse til den aktuelle brukergruppen. I musikkterapeutiske settinger møter man på mennesker i ulike alder, og med forskjellige kulturell bakgrunn. Det er også konkrete metodiske teknikker som kan tilrettelegges til konkrete brukergrupper. Dette kan blant annet være improvisasjonsteknikker.
3. *Kunnskap om målgrupper*: I musikkterapiutdanningen blir det lagt til rette for undervisning i fagfelt som psykologi, pedagogikk, musikkvitenskap og spesialpedagogikk som er tilrettelagt til de konkrete målgruppene. Slike kompetanseområder vil også helsepersonell være kjent med som gjør at flere helsearbeidere, som for eksempel leger, har kombinert sin interesse for helse med musikkterapifaget.
4. *Relasjons- og kommunikasjonskompetanse* tar for seg elementer som empati, følelser og tanker i møte med mennesker. Ved å jobbe mot en gjensidig bekreftelse og anerkjennelse legger man et godt grunnlag for relasjonen i musikkterapien.

5. *Teori og forskning*: Allerede på universitetet blir det satt krav om kunnskap rundt forskningslitteratur, vitenskapsteori, forskningsmetoder m.m. I møte med klienter er det viktig å ha forståelse og et teoretisk grunnlag for blant annet musikkpsykologi, -pedagogikk, -sosiologi og andre teoretiske tradisjoner som er særegen for musikkterapi.
6. *Den profesjonelle musikkterapeuten*: Den sjette kompetansen tar for seg helheten av de fem kompetansene som er presentert over. Musikkterapeuten har derfor en krevende rolle i de fem kompetansene som utgjør den helhetlige kompetansen til en musikkterapeut.

Til tider ser man andre yrkesprofesjoner som utøver musikk i helsearbeid med bakgrunn i at de dekker én eller flere av kompetansene presentert over. Det er viktig å påpeke at det er samspillet mellom alle kompetansene som vil utgjøre musikkterapeutens helhetlige arbeid i praksis. Det er nettopp summen av musikkterapeutens kompetanse som utgjør musikkterapiens komplekse særegenhet (Ruud, 2018).

3.3 Indirekte musikkterapi

Indirekte musikkterapi handler om hvordan musikkterapi kan være et virkemiddel for helsepersonell for å hindre konflikter eller andre utfordrende situasjoner i arbeidet på hjemmet. Sandve og Enge (2014) beskriver det slik: «Indirekte arbeid er arbeid musikkterapeuten gjør med det formål å skape en musikkkompetanse hos signifikante andre som gjør dem i stand til å møte psykososiale behov hos pasienten» (s. 18).

I artikkelen til Ottesen og Krøier (2018) tar de for seg nettopp hvordan indirekte musikkterapi på et pleiehjem blir brukt som et profesjonelt verktøy i arbeidshverdagen. Artikkelen legger vekt på den indirekte musikkterapien der pleierne tilrettelegger en musikkterapeutisk læringsprosess om hvordan musikk kan bli brukt i praksis. Ottesen og Krøier (2018) tar utgangspunkt i pleiepersonalets refleksjonsprosess i en profesjonell og pedagogisk kontekst innenfor de musikalske aspektene.

Artikkelen tar for seg blant annet Donald Schön referert i Ottesen og Krøier (2018) sitt konsept kunnskap i handling (s. 6). Gjennom innhenting av ny kunnskap, oppnår de en spontanitet i de daglige gjøremål. Ved å reflektere over denne spontaniteten, oppnår man det Schön vil kalle refleksjon *i* handling og refleksjon *over* handling (Schön referert i Ottesen & Krøier, 2018, s. 6). På denne måten vil omsorgspersonene tenke over hva de gjør, hva de har

gjort og hva de vil gjøre. En slik refleksjon resulterer i at omsorgspersonene blir åpne for ny læring og nye metoder å utføre sitt arbeid på.

«I den indirekte musikkterapeutiske praksis er musikkterapeutens mål at oppbygge kompetencer hos andre faggrupper, så de kan bruke sang og musikk til at møte psykososiale behov(...)» (Ottesen & Krøier, 2018, s. 6). For å oppnå denne type kompetanse så de to på tre dimensjoner som må til for å oppnå et fellesskap i praksis (Wenger referert i Ottesen og Krøier 2018 s. 6). Den første dimensjonen tar for seg deltakerens roller og kompetanse. Gjennom deltakernes holdninger til hverandre er man knyttet sammen til et *gjensidig engasjement*. *Felles virksomhet* tar for seg de mellommenneskelige og interpersonlige forhold som blir vist gjennom respekt og innsikt i hverandres hverdag. Den siste dimensjonen er *felles repertoar* som tar utgangspunkt i hvordan samfunnets historie, rutiner, handlinger eller gjenstander har blitt opparbeidet over tid. Målet med de tre dimensjonene er å oppnå en intuitiv forståelse av ulike situasjoner. Dette vil bidra å oppnå refleksjon *i* handling og refleksjon *over* handling i det profesjonelle arbeid.

Gjennom visuell læring opplevde helsepersonellet verdien av den nye kunnskapen de innhenter (Ottesen & Krøier, 2018, s. 11). I læringsprosessen kunne omsorgspersonene se de tre dimensjonene i praksis som gjorde læringsprosessen til en positiv og inspirerende opplevelse for alle. Videoene og teorien som ble lagt frem åpnet opp for en uforpliktende diskusjon om hva som var bra og hva som kunne vært bedre. Dette engasjementet åpner opp for en positiv utvikling i det tværfaglige samarbeidet (Ottesen & Krøier, 2018, s. 11).

Musikkterapeutens kunnskap om demenssykdom er en av flere avgjørende faktorer for en vellykket implementering av indirekte musikkterapi (Ottesen & Krøier, 2018, ss. 11-12). Musikkterapeuten bør ha god nok kunnskap til å kunne forutse utfordrende situasjoner og på den måten kunne tilrettelegge læringsprosessen. Slik vil omsorgspersonene være bedre rustet til å kunne takle ulike situasjoner som kan oppstå. Ved utskiftninger av ansatte er det viktig at praksisfellesskapet presenterer indirekte musikkterapi som metode, slik at nyansatte kan bruke musikk og sang på en pedagogisk og profesjonell måte. En annen avgjørende faktor for å få til en vellykket implementering er det organisatoriske systemet på hjemmet (Ottesen & Krøier, 2018, ss. 11-12). Ledelsen sin oppgave i prosessen er å vise utad en positiv innstilling til læringsprosessen. Samtidig bør de legge til rette nødvendige ressurser, slik at omsorgspersonene får mest mulig ut av læringsprosessen, og ikke minst implementeringsprosessen.

Gjennom indirekte musikkterapeutisk praksis er det mulig å utvikle omsorgspersonenes profesjonelle refleksjonsprosess i fellesskap. Dette blir vist gjennom

erfaring, kunnskapsdeling, samarbeid og forhandling mellom omsorgspersonene (Ottesen & Krøier, 2018, s. 12). Metoden bidrar til å styrke forholdet mellom omsorgspersonen og personen med demens, og ikke minst det tverrfaglige samarbeidet. I videre arbeid presenterer Ottesen og Krøier (2018) mulighet til å utvikle kunnskapen rundt indirekte musikkterapi (s. 6). Dette inkluderer detaljert visuelt arbeid på mikronivå, blant annet Marte Meo-metoden, som kort fortalt handler om hvordan mennesker utvikler seg best i situasjoner man oppnår følelsen av suksess (Ottesen & Krøier, 2018, s. 12). Med musikkterapeuten som støtte har omsorgspersonene gode forutsetninger til å tilpasse og utvikle sang og musikk etter behovene som dukker opp på hjemmet.

3.4 Hybridiseringsstrategi

Stige og Kristiansen (2016) trekker frem pleiepersonalets utfordringer i arbeidet på sykehjemmet, og beskriver dette som at de «bærer maktens samvittighet på sine skuldre» (s. 196). De forteller om pleiepersonalets effektivitetspress i arbeidsdagen, og peker på at ivaretagelsen av beboerens psykososiale behov fort kan bli en salderingspost, altså et område man sparer inn både tid og økonomiske ressurser på (Stige & Kristiansen, 2016, s. 196). Slike arbeidsforhold blir ofte kritisert selv om effektive rutiner er viktig for å få sykehjemmet til å «gå rundt». Stige og Kristiansen (2016) beskriver dette som en *urimelig knapphet* på ressurser. I kapittelet beskrives det eksempler på hvilke utfordringer pleiepersonalet og musikkterapeutene opplever ovenfor hverandre, og Stige og Kristiansen trekker frem en implementeringsstrategi som er viktig i det tverrfaglige samarbeidet; hybridiseringsstrategi.

Hybridiseringsstrategi er én av tre mulige implementeringsstrategier man kan benytte seg av for implementeringen av musikkterapi i eldreomsorgen. Uten en god implementeringsstrategi kan den nye kulturen (i dette tilfellet musikkterapi) oppleve mangel på profesjonell inkludering. Denne strategien tar for seg tre forskjellige faktorer som er viktig i et nytt samarbeid: en balanse mellom å ivareta musikkterapiens selvstendighet, spille på lag med pleiekulturen og samtidig tilby noe nytt inn i pleiekulturen. Ved å gripe de indirekte arbeidsmetodene kan musikkterapeuten være en del av økologien rundt beboeren, og samtidig være en del av det å kvalitetssikre behandlingen rundt beboerens utvikling og interesser. Slike indirekte arbeidsmetoder kan være blant annet sangstunder, konserter eller andre tilstelninger en musikkterapeut kan være en bidragsyter i. Stige og Kristiansen (2016) poengterer at gjennomførelsen av slike tilstelninger må være godt gjennomtenkt og etisk forsvarlige (s. 196). Det er her musikkterapeuten kan være med å tilføre pleiekulturen noe. Ved å benytte

seg av en slik strategi, kan man sikre at beboeren kan føle seg både mer verdsatt og akseptert på sykehjemmet.

4.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg ta for meg oppgavens forskningsdesign. Oppgavens problemstilling tar for seg hvilke aspekter som må til i et tverrfaglig samarbeid for at det musikkterapeutiske arbeidet skal bli best mulig. Utgangspunktet for valg av forskningsdesign og metode var derfor det opplevelses- og erfaringsbaserte aspektet ved temaet. Jeg starter med å presentere oppgavens vitenskapsteoretiske grunnsyn, for å så gå inn på oppgavens metode som er brukt i datainnsamling. Deretter vil jeg ta for meg de etiske aspektene ved oppgaven, før jeg avslutter med å presentere oppgavens analysemetode.

4.1 Hermeneutisk fenomenologi

Hermeneutisk fenomenologi er en filosofi utviklet av Heidegger, Gadamer og Ricoeur, og kan også beskrives som fortolkende fenomenologi (Ghetti, 2015). Hermeneutisk fenomenologi fokuserer på de menneskelige erfaringene ved å belyse detaljer og andre positive eller negative aspekter ved hvordan vi lever våre liv (Lavery, 2003). Dette er et spesifikt teoretisk rammedesign som blir brukt i en analyse eller tolkning av en studie (Ghetti, 2015). Målet med denne varianten innen forskning er å oppnå forståelse, og å skape mening i en levd opplevelse.

Den historiske bakgrunnen til hermeneutisk fenomenologi stammer fra ulike syn mellom kollegaene Martin Heidegger og Edmund Husserl (Lavery, 2003). Husserls syn tok utgangspunkt i å forstå et fenomen eller mennesker, med fokus på menneskets tilstedeværelse, oppfattelse, gjenkallelse og tenkning. Heideggers syn tok derimot utgangspunkt i «The situated meaning of human in the World», med fokus på dannelse av historisk levd opplevelse (Heidegger referert i Lavery, 2003, s. 24). Hans-Georg Gadamer referert i Lavery (2003) var som tidligere nevnt en av dem som bidro til å videreutvikle filosofien (s. 25). Han fremholdt at forståelse og tolkning går hånd i hånd. En presis tolkning vil trolig aldri være mulig i følge Gadamer, som mente at tolkning er en prosess under utvikling (Lavery, 2003).

Tolkningsfenomenologi er en analytisk prosess som kommer fra den hermeneutiske formen for fenomenologisk analyse. Denne tolkningsprosessen tar utgangspunkt i den hermeneutiske sirkelen, som resonnerer helhet til del og del til helhet mellom forutsetning og fortolkning. Denne prosessen gjør at hermeneutisk fenomenologi er en reflekterende og fortolkende prosess, der tolkning og analyse bygger på den totale opplevelsen av forskningselementets forhold.

I denne masteroppgaven ønsker jeg å se på det tverrfaglig samarbeidet mellom helsepersonell og musikkterapeuter, og hvordan dette påvirker musikkterapeutens arbeid. Jeg benytter meg derfor av hermeneutisk fenomenologi og etnografi som tilnærming til min forskning for å best mulig å kunne besvare oppgavens problemstilling.

4.2 Etnografisk historie

Etnografi startet sin utvikling gjennom de europeiske kolonimaktens behov for å forstå og beskrive urbefolkningen i sin koloni. Gjennom politisk samarbeid gjorde etnografene det mulig for det politiske systemet å plassere mennesker i kategorier ut ifra deres historiske bakgrunn, noe som blant annet resulterte i undertrykkelse (Stige & Ledger, 2016, ss. 660 - 661).

Først på 1900-tallet startet noen av pionerne innenfor moderne akademisk etnografi å bryte ned denne etnografiske tradisjonen. Bronislaw Malinowsky referert i Stige & Ledger (2016) var en av pionerne som la vekt på å beskrive vedkommens synspunkt og forhold til livet (ss. 660-661). En slik vektlegging av innsideperspektiv har blitt mye diskutert, blant annet av Clifford Geertz. Ved å referere til hermeneutikk mente han at det å forstå en persons synspunkt vil være uopnåelig. Samtidig viser tradisjonen at selv om vår forforståelse kan være en hindring, kan det også være en ressurs for å starte forståelsesprosessen på nytt (Stige & Ledger, 2016, ss. 659-661). Denne nye forståelsen av etnografi har bidratt til at etnografi blir oppfattet som en tverrfaglig forskningstradisjon.

Det kritiske blikket på etnografiens utvikling fortsatte, og det etnosentriske perspektivet ble satt på prøve i en vitenskapelig kontekst. Dette har utviklet seg til en større interesse for forskning i kulturelle sammenhenger, som kunst og musikk. Blant annet har forskeren selv utforsket sine egne erfaringer i en sosiokulturell og historisk sammenheng. Denne måten å forske på blir kalt autoetnografi (Stige & Ledger, 2016, ss. 659-661).

4.3 Etnografisk design

Begrepet etnografi stammer fra det greske språket, der etno henvender seg til mennesker - og/eller kultur og -grafi betyr opptak -og/eller skrivning. Etnografi defineres som en førstehåndsstudie av individer og gruppers delte forståelser, i nye og gamle kontekster (Knoblauch, 2005; Stige & Ledger, *Ethnographic Research*, 2016). Dette er en førstehåndsstudie hvor etnografen aktivt samarbeider med deltakerne. Målet er å samle inn data for å undersøke mangfoldet innenfor en bestemt kontekst, kultur eller orden. Gjennom

deltakerens delte kulturelle interesse ser man på prinsippet om at kultur er en uunnngåelig ressurs i tillegg til en begrensning når mennesker samarbeider, noe som er sentralt i etnografi. Slike kulturelle interesser ser man blant annet i forskjellige samfunnsmessige kontekster, religioner og språk. (Stige & Ledger, 2016, s. 658).

Å bruke etnografi i helsevesenet har vist seg gjentatte ganger å være positivt for det tverrfaglige samarbeidet (Stige & Ledger, 2016, s. 663). Etnografi har blant annet bidratt til økt forståelse for kommunikasjon, samarbeid, organisasjonssystemer og betydningen av det fysiske miljøet på arbeidsplassen. Blant annet har Ledger (2016) forsket på utviklingen av musikkterapi innen helse, der hun brukte etnografisk design som forskningsmetode (s. 663). Gjennom funn og analysing av feltarbeid resulterte det i en ny forståelse om den musikkterapeutiske utviklingen. Dette bidro blant annet til en bedre tverrfaglig kommunikasjon på de deltakende avdelingene.

4.3.1 Fokusert etnografi

For å svare på min problemstilling, har jeg valgt å benytte meg av fokusert etnografi som metode i denne forskningsprosessen. Fokusert etnografisk design har i de siste årene blitt en mer ettertraktet metode i musikkterapeutisk forskning (Stige & Ledger, 2016). Etnografi trekker linjer til blant annet sosiologi, og både sosiologi og etnografi fokuserer på forutsetninger og samspill i samfunnsmessige kontekster (Knoblauch, 2005; Tjora, 2019). Denne type sosiologisk etnografi blir også kalt for fokusert etnografi (Knoblauch, 2005). Fokusert etnografi baserer seg på en konvensjonell tverrfaglig forskningstradisjon som er relevant i alle kulturelle miljøer (Stige & Ledger, 2016, s. 660). I fokusert etnografisk forskning er prosessen rundt feltstudiet kortere enn klassisk etnografisk forskning. Selv om forskningsprosessen til fokusert etnografi har en kortere forskningsperiode enn klassisk etnografi, stiller fortsatt fokusert etnografi sterkt som forskningsmetode.

Det finnes noen klare skiller mellom klassisk etnografi og fokusert etnografi. Knoblauch (2005) forklarte dette gjennom å kategorisere de forskjellige funksjonene til to varianter. Siden fokusert etnografi blir utført på relativt kort tid, kompenserer metoden med å intensivere analyse av data. Den mengden av data som blir samlet inn på kort tid, gjør at analysen kan være tidskrevende. Dette skyldes blant annet teknologiske tilnærminger til forskningen som må transkriberes og analyseres. En slik audiovisuell forskning åpner for en intersubjektiv tilnærming, der forskeren får bli kjent med flere perspektiver (Knoblauch, 2005, ss. 7 - 8).

Hvilke perspektiver man fokuserer på er forskjellig fra klassisk etnografi til fokusert etnografi (Knoblauch, 2005). I klassisk etnografi legger man vekt på sosiale grupper, sosiale institusjoner og sosiale begivenheter. Fokusert etnografi derimot, vektlegger handlinger, interaksjoner og sosiale situasjoner. Knoblauch (2005) hevder derfor at fokusert etnografi studerer kommunikasjon gjennom disse sosiale og kulturelle situasjonene (s. 9).

For å kunne studere denne kommunikasjonen, er et mål innenfor fokusert etnografi å tilegne seg bakgrunnskunnskap som er relevant for observasjonsstedet (Knoblauch, 2005, s. 10). I et emisk perspektiv innen fokusert etnografi tar man utgangspunkt i de innfødtes synspunkt i en konkret setting tilpasset situasjon, aktivitet og handling. Derfor tar man utgangspunkt i bakgrunnskunnskapen som er konkretisert til temaet, aktiviteten og praksisen rundt.

Jeg har i denne oppgaven brukt et etnografisk design som metode som min datainnsamling. Bakgrunnen for valg av metode sees i sammenheng med mitt tema i oppgaven, ettersom temaet mitt baserer seg på personlige opplevelser. Etnografi vil derfor, gjennom intervju, deltakernes opplevelser og mine opplevelser, gi en interessant innfallsvinkel til prosjektet. Gjennom telefonintervju med ansatte på sykehjem kan jeg gå i dybden på det tverrfaglige samarbeidet på en demensavdeling. Intervjuene ble gjennomført individuelt over telefon med én musikkterapeut og tre pleiere.

4.4 utfordringer med etnografi

I etnografi står man ovenfor to klassiske problemer; etiske og emiske perspektiver. I et etisk perspektiv ser vi fra det utenforstående perspektivet, mens i et emisk perspektiv er idealet å se og forstå fra innsiden. Samtidig vil forskeren aldri kunne se verden slik deltakeren ser den og det vil derfor finnes flere varianter av virkeligheten. For å oppnå en best mulig forståelse for denne virkeligheten finnes det en etnografisk forskningsstrategi ved å la forskjellige perspektiver utfordre og informere hverandre (Stige & Ledger, 2016).

Stige og Ledger (2016) beskriver denne tilnærmingen med tre grunnleggende forutsetninger:

1. mennesker har en biologisk opprinnelse.
2. de lever i og forholder seg til grupper og samfunn.
3. de lever unike individuelle liv.

I en slik tilnærming vil alle beskrivelser og tolkninger være så nærliggende deltakerperspektiver som mulig, mens teoretiske rammer er det akademiske perspektiver presentert av forskeren (Stige & Ledger, 2016).

4.5 Forberedelser og gjennomføring av intervju

Før jeg sendte ut forespørsel om deltakelse i prosjektet, ferdigstilte jeg informasjonsskriv, intervjuguide og samtykkeskjema. Skjemaene inneholdt all informasjon mine informanter trengte for å delta i prosjektet. Videre sendte jeg ut en interesseemail til sykehjemmet jeg opplevde var mest relevant for min problemstilling, og de takket ja. På grunn av Covid-19 var det viktig å ha alternative planer i bakhånd for å sikre at datainnsamlingen ble gjennomført. Dette fikk vist seg nyttig etter at vi gjentatte ganger måtte avlyse intervjuene i tillegg til en observasjon og vi endte med å gjennomføre intervju over telefon.

I den forberedte intervjuguiden valgte jeg å fokusere på deltakerens tidligere opplevelser, og lite på dagens tverrfaglige arbeidssituasjon, som nok ville vært sterkt preget av Covid-19 pandemien og konsekvensene den har hatt på det tverrfaglige arbeidet. Jeg sørget for at spørsmålene i intervjuene var åpne nok til at vi kunne reflektere rundt informantens opplevelser i musikkterapigruppen. Jeg har blant annet stilt spørsmål som: «Har du hatt en musikkterapigruppe på din avdeling som ikke har hjulpet deg i din arbeidshverdag? I så fall, fikk dere løst det i ettertid?» Jeg spurte om hvilke tiltak i det tverrfaglig samarbeidet som har blitt gjort allerede for å forbedre samarbeidet, og hvordan de opplevde at dette fungerte. Dette er viktige spørsmål for å hvordan man best mulig kan utvikle musikkterapigrupper, og skape gode tverrfaglig samarbeid i fremtiden.

4.6 Datainnsamlingsmetode

Som verktøy i intervjuene benyttet jeg meg av to opptakere, en notatblokk, telefon og intervjuguide. Av smittevernshensyn grunnet Covid-19 ble intervjuene gjennomført på telefon/videochat. Dette vil si at feltobservasjon og andre former for datainnsamlingsmetoder (som for eksempel observasjon) ikke var mulig på grunn av pandemien. Jeg benyttet meg av GarageBand og en Ipad uten internett som opptaker for intervjuene. Jeg valgte to opptakere for å forsikre meg at deltakeren ble hørt, og fordi samtaler over digitale plattformer kan ha varierende dekning. For å sikre god lyd kvalitet valgte jeg egen plassering under intervjuene med omhu.

I fokusert etnografi stilles det krav om en kortvarig datainnsamlingsmetode hvor forskeren engasjerer seg i multisensoriske opplevelser. I datainnsamlingsperioden samlet jeg inn to forskjellige musikkterapigrupper som musikkterapeut og en helsefagarbeider gjenfortalte på intervju. Siden Covid-19 pandemien ikke tillot at jeg gjennomførte observasjonene på egenhånd kom vi frem til at dette var beste løsning for å få den

informasjonen jeg trengte til studien. Vi vurderte andre innsamlingsmetoder, som for eksempel video, men kom frem til at det ikke vil få frem de tverrfaglige aspektene ved en musikkterapigruppe og at lyden ikke vil kunne fange opp eventuelle nøkkelfunn som jeg ville trengt i analysen. Ved at informantene får velge en musikkterapigruppe på egenhånd får de trukket frem hva de syntes er bra eller dårlig i gjennomførelsen av musikkterapigruppen.

I tillegg til de to musikkterapigruppene presenterte jeg to casefortellinger i starten av oppgaven, som er personlige erfaringer i samme musikkterapeutiske kontekst.

Musikkterapigruppen i Norge finner sted på samme institusjon som informantene, og vil derfor være svært relevant for studien. Ved å vise til egne opplevelser kan jeg lettere reflektere rundt informantenes erfaringer og kan se kontraster i analysen. Det som gjør dette til en etnografisk studie, og ikke en kvalitativ forskningsmetode, er den opplevelsesbaserte erfaringen som kommer fra informantene og meg selv. Etnografi har ikke et klart skille mellom forskerferden og praksisverden som andre metodikker ville hatt.

Forskningsmetodikken i fokusert etnografi fremmer det praktiske, opplevelsesbaserte aspektet, noe en kvalitativ studie ikke vil gjøre i like stor grad. Jeg presenterer konkrete musikkterapeutiske hendelser som viser til personlige opplevelser. Å tilegne seg bakgrunnskunnskap med hensyn til situasjon, aktivitet og handling retter kunnskapen mot aktivitetene som studien fokuserer på (Knoblauch, 2005, s. 11). Knoblauch (2005) konkluderer med at etnografiens egenart kan bidra til et bedre syn på samfunnet gjennom å relatere spørsmål til en teoretisk interesse (s. 12).

4.7 Transkribering

Å transkribere er en transformeringsprosess fra taleform til skriftform som blir utført etter endt intervju. (Kvale & Brinkmann, 2017, ss. 204 - 214). Transkriberingsprosessen vil ta sted på UiB SAFE, Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur, som er løsning for sikker behandling av sensitive personopplysninger (Universitetet i bergen, 2020).

Transkriberingens utfordring er gjengivelse av språklydenes kvantitet, styrke og tonehøyde i skriftlig form. Dette blir kalt for Prosodi (Simonsen, 2019). Andre faktorer som er vanskelig å gjengi skriftlig er det paralingvistiske faktorene (Dahl, Norwegian digital learning arena, 2018). Paralingvistikk legger vekt på måten ting blir sagt på. Med andre ord er kommunikasjon mye mer enn ordene du sier. For å sikre transkripsjonens reliabilitet kan man høre igjennom intervjuet en ekstra gang. Her kan det oppstå ulikheter fra opptak til transkripsjon. Dette kan skyldes dårlig kvalitet på opptaket eller at man har hørt feil (Kvale &

Brinkmann, 2017, ss. 204 - 214). Å ha telefonintervju vil øke sjansen for ulikheten mellom opptak og transkripsjon. Ved hjelp av to opptakere er sjansen mindre for at slike ulikheter kan oppstå.

På bakgrunn av prosodi og paralingvistikk er det viktig at plassering av punktum, komma og reaksjoner (latter, pauser, fliring, irritasjon) blir beskrevet riktig for at ord eller beskrivelser blir tolket riktig i analyseprosessen (Kvale & Brinkmann, 2017, ss. 204-214). Et eksempel på viktigheten av tegnsetting i skriftliggjøring av muntlige samtaler kan være: «Nå skal vi spise Knut» og «Nå skal vi spise, Knut» (Kvale & Brinkmann, 2017, ss. 204 - 214). Etter transkripsjonen var ferdigstilt ble de brukt som et empirisk grunnlag i prosjektet

Transkripsjonen ble utført på UiB SAFE sitt krypterte skrivebord og det ble brukt Word og QuickTime Player som verktøy for å gjennomføre transkripsjonen. Tempoet på opptaket ble halvert slik at skriveprosessen gikk fortere og kunne sikre meg at jeg noterte det som ble sagt riktig.

4.8 Etisk refleksjon

Etter nye regler om innmeldelse av datainnsamling registrerte jeg masterprosjektet i RETTE, Risiko og ETTERlevelse i forskning og utdanningsprosjekter, som er Universitetet i Bergens registreringsordning for forskningsprosjekter. Ved en slik registrering kan man unngå ventetid hos NSD og kan starte datainnsamling på et tidligere tidspunkt. Registrering i RETTE vil, på lik linje som NSD, sørge for at personopplysninger behandlet riktig i forskningsprosjekt. I mitt forskningsprosjekt skal jeg ikke behandle personsensitive opplysninger om deltakerne og det har derfor ikke vært nødvendig å registrere prosjektet andre steder. Før intervjuet ble startet gikk jeg igjennom informasjonsskriv, konfidensialitet og samtykkeskjema sammen med informanten.

En problemstilling jeg reflekterte nøye over før intervjuene ble gjennomført var fremstillingen av oppgavens tema. Dette tema handler om forståelse for musikkterapi i det tverrfaglige samarbeidet og kan lett misforstås dersom det ikke blir presentert riktig. Det var viktig for meg å ikke ha en tilnærming som kunne virke «ovenfra-og-ned». Jeg var derimot opptatt av å vinkle intervjuene mot informantenes opplevelser og hvordan de erfarte samarbeidet med musikkterapeuten.

Etter endt intervju ble notater og lydopptak lastet opp på UiB SAFE, *Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur*. Dette er et kryptert skrivebord gjennom UiB som, på en sikker måte, behandler sensitive personopplysninger. I det krypterte skrivebordet transkriberte

jeg også alle intervjuene. Alle opplysninger som notater, lydopptak og personopplysninger vil bli slettet etter endt prosjekt. Videre i denne oppgaven vil jeg benytte meg av et kjønnsnøytralt språk for å anonymisere informantene, og beboerne som ble nevnt under intervjuet. Jeg vil derfor benytte meg av betegnelsen; hen.

Et element som har vært viktig for deltakerne og meg selv, er smittevern. Som nevnt ble intervjuene gjennomført over telefon og videochat på bakgrunn av dagens smittesituasjon. På grunn av Covid-19 pandemien krevde arbeidssituasjonen at ansatte var til stede på avdelingen. Gjennom hele datainnsamlingsprosessen hadde vi en god dialog rundt aktuelle muligheter, og kom frem til at telefon -og videointervju var det mest hensiktsmessige med tanke på smittevern.

4.9 Analyse

Kvale og Brinkmann (2017) beskriver analyse som å dele noe opp i biter og elementer der formålet med analyse er å finne en mening med forskningsspørsmålet mitt (s. 219). Ved å bruke en fortellende tilnærming kan man skape en helhetlig ramme rundt prosjektet. På bakgrunn av dette var intervjuguiden nøye planlagt før analyseprosess begynte (Kvale & Brinkmann, 2017). Analysemetoden jeg valgte å benytte meg av, er en seks fasers metode utviklet av Virginia Braun og Victoria Clarke (2006). Målet var å finne gjentakende mønstre som ble identifisert og analysert i kategorier. På den måten fikk jeg en oversikt over tematikken som oppstår i intervjuene (Braun & Clarke, 2006).

Fase 1 – Familiarizing yourself with your data

Ved å oppnå god forkunnskap om materiale før man starter analyseringsprosessen har man allerede opparbeidet seg en liste av tanker eller ideer om temaet. For å oppnå denne forkunnskapen er det lurt å transkribere og lese igjennom datamaterialet før man starter.

Fase 2 – Generating initial codes

I fase to av tematisk analyse starter man kodingsprosessen ved å identifisere interessante aspekter for forskeren. Her organiserer man dataene i grupper som er aktuelle for temaet.

Fase 3 – Searching for themes

Etter dataene er samlet inn og kodet og man starter analyseringen av kodene. Her søker man etter temaer som kan være relevant å trekke frem.

Fase 4 – Reviewing themes

I fase fire starter en gjennomgang av temaene som er trukket frem. På den måten kontrollerer man at temaene fungerer sammenlignet med datamaterialet som er kodet

og lage et tematisk kart over temaene man sitter igjen med.

Fase 5 – Defining and naming themes

I fase fem begynner man videreutviklingen av temaene man ønsker å presentere i analysen. Her finner man organiserer man og finner essensen i hvert enkelt tema.

Fase 6 – producing the report

I fase seks starten den endelige analysen av de utvalgte temaene og knyttes opp mot forskningsspørsmålet. For å overbevise leseren bør man velge levende eksempler eller utdrag uten at det blir for komplekst.

I analyseprosessen har mine refleksjoner, erfaringer og tidligere notater vært en viktig del av resultatet som jeg skal presentere under. I etnografi er som nevnt analysen den mest omfattende delen av forskningsprosessen. Som etnografi tillater, har jeg bevisst brukt tid på å komme frem til oppgavens vinkling og hvilke funn jeg opplever er mest relevant for tema. Ved hjelp av Braun og Clarke (2006) sin tematiske analyse har jeg hatt en strukturell opplevelse av stoffet jeg arbeidet med. Dette hjalp meg til å se dataen i en større helhet slik at jeg med god sikkerhet kan presentere funnet som er mest relevant for oppgaven.

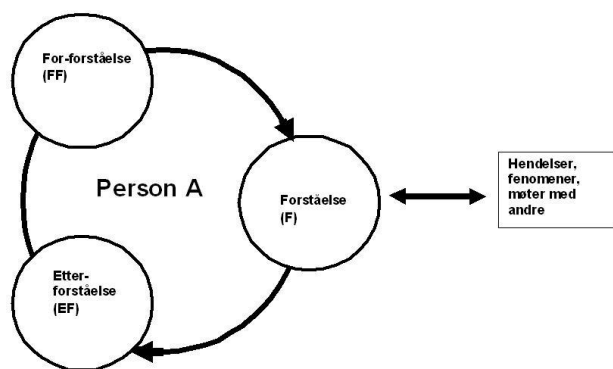
Ved hjelp av en meningsfortettingsmetode fant jeg lettere meningsmotsetninger og/eller enighet mellom informantene. Meningsfortettingsmetode er en metode å kode datamateriale for å korte ned deltakerens formuleringer for å få frem meningen med få ord (Kvale & Brinkmann, 2017).

5.0 Presentasjon av funn

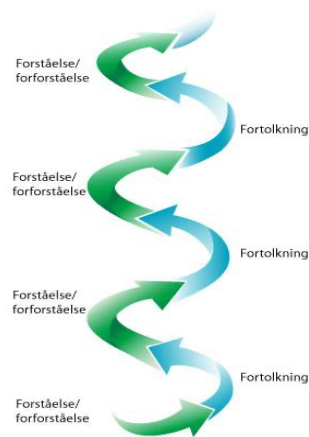
I mitt forskningsprosjekt intervjuet jeg tre helsefagarbeidere og en musikkterapeut. Av til sammen seks intervjuer var to av intervjuene oppfølgingsintervju med musikkterapeut og én helsefagarbeider. I intervjuprosessen var målet å utforske informantenes tanker rundt tverrfaglig samarbeid på avdelingen. Spesielt i oppfølgingsintervjuene ønsket jeg å sette ekstra søkelys på informantenes personlige opplevelser, og de ble bedt om å fortelle om egne opplevelser fra hver sin musikkterapigruppe. Disse personlige arbeidserfaringene vil jeg presentere i min funndel som en del av den etnografiske forskningen. I presentasjonen av funn vil jeg skille mellom helsefagarbeiderene og musikkterapeuten ved å bruke betegnelsene H1, H2, H3, M/musikkterapeut. Som forsker i prosjektet vil jeg omtale meg selv som F.

5.1 Forståelse for musikkterapi som fagfelt

Gjennom hele forskningsprosessen har interessen for hvordan forståelse virker inn på det tverrfaglige samarbeidet, og ikke minst det musikkterapeutiske arbeidet vært viktig. Forståelse defineres som å «gripe mening» i en satt kontekst (Sletnes, 2021). Forståelse hører under vitenskapsfilosofien hermeneutikk, som tar for seg forståelsesprosessen fra helhet til helhet. Denne prosessen kaller vi på norsk forståelsessirkelen, eller den hermeneutiske sirkel.



Figur 2. Den hermeneutiske sirkel (Dahl, 2019).



Figur 3. Den hermeneutiske spiral (Ebdrup, 2012).

Sirkelen illustrerer tre faser som omfatter forforståelse, forståelse og etterforståelse (Dahl, 2019). Forforståelse er den første helhetsforståelsen som oppstår i prosessen. Neste steg i prosessen er en delforståelse som vil resultere i en ny forforståelse, og en ny helhetsforståelse oppstår. Sirkelen kan også tegnes som en spiral på bakgrunn av at forståelsen kan endre seg over tid. Ved å bruke en spiral og ikke en sirkel åpnes det opp for en avsluttende prosess, samtidig som at den er åpen for endring og forbedring. I forståelsesprosessen vil mennesker bringe med seg sine tidligere erfaringer i enhver situasjon og. Alle ubevisste og bevisste

holdninger fra tidligere erfaringer vil være medvirkende i prosessen (Dahl, Forståelsessirkelen, 2019; Sletnes, 2021).

I forkant av intervjuet med musikkterapeutinformanten oversendte jeg min casefortelling fra USA, og ba informanten om å lese gjennom casefortellingen som forberedelse til intervjuet. Musikkterapeutens reaksjon på casefortellingen viste tydelig at hen kjente seg igjen i eksempelet. Kompleksiteten i det å ivareta beboerne i en musikkterapigruppe var en av de tingene hen reagerte mest på. Informanten forteller at hen opplever at den manglende forståelse for det musikkterapeutiske arbeidet gjør at det utfordrende å gjennomføre musikkterapigruppen på best mulig måte. Den manglende forståelse for hvilket rammebehov musikkterapigruppen behøvde gikk tydelig utover beboerens behandlingstilbud.

M: Jeg kjente jo på en fortvilelse over hvor vanskelig det skal være av og til å ivareta mennesker i en hverdag, og i en institusjonshverdag. Det er på en måte så mange ting som skal gjøres (...).

På en sykehjemsinstitusjon er det ikke uvanlig at flere ting som skal gjøres. Oppvask fra frokost, planlegging av dagen og beboere som skal medisineres. Fortvilelsen musikkterapeutens kjente på mener jeg baserer seg på casefortellingen fra USA på bakgrunn av lignende opplevelser fra informantens arbeid. Som student, ny på institusjonen og ikke minst på et nytt kontinent, opplevde jeg det som utfordrende å ta tak i de forstyrrende elementene, for å ikke fremstå som uprofesjonell ovenfor andre personer som har mye mer arbeidserfaring i feltet enn meg. Spesielt i Norge, opplevde jeg det som utfordrende å sette grenser for hvordan musikkterapigruppen burde bli gjennomført. Dette er noe også musikkterapeuten opplever.

M: Men man blir jo veldig ydmyk, sant, for man vil jo det beste. Både for seg selv i et kollegafellesskap, og samtidig som at en kjenner på et ansvar ovenfor de pasientene man har når man sitter med noe kunnskap som man tenker: det her skulle vi fått mer ut i miljøet da.

Denne ydmykheten kom frem i en musikkterapigruppe musikkterapeuten ledet på en demensavdeling på institusjonen. Under en musikkterapigruppe skulle sykepleierne ta blodprøver av noe få pasienter. Uten at musikkterapeuten fikk tid til å planlegge og kommunisere hva som vil være best for gruppen, startet sykepleieren prosessen. En av

pasientene med en kognitiv demensdiagnose opplevde dette som traumatisk da hen ikke forstod hva som skulle skje.

M: ... Og det ender med at dette her blir en veldig brutal og traumatisk opplevelse for hen. Det skaper altså en slik uro i etterkant at vi til slutt måtte bare slutte å ha musikkgruppe og heller måtte jobbe individuelt da.

Gjennom en evaluering i etterkant av gruppen kom det frem til at de burde tatt en ting av gangen og tatt pasientene ut av gruppen før de tok blodprøvene. Musikkterapeuten forteller at det viktigste med denne hendelsen var samtalen i ettertid.

*M: For det er jo på en måte **våres** (min utheving) ansvar som ansatte som helsepersonell, og som musikkterapeut. Det er faktisk **vårt** (min utheving) ansvar å tilrettelegge å gjøre det mulig for den enkelte å delta på sine premisser og tilrettelegge for at det er gode rammer og/eller en god sånn omsorgskultur for alt som heter aktivitet da, og som heter miljø. Det viktigste i den situasjonen var jo det at vi fikk mulighet til å snakke om det i ettertid og si at «oi, det her ikke var greit». Hen ble så fortvilet av det her, hen ble urolig, hen ble utrolig lei seg. Her har vi ikke gjort jobben **våres** (min utheving) godt nok. Det er et stort ansvar og det er et felles ansvar som man har kollektivt, og det er veldig sårbart.*

Det at musikkterapeuten gjentatte ganger snakker om jobben *våres* indikerer at hen åpner opp for det tverrfaglige samarbeidet ved å inkludere seg selv i evalueringen. Hva må vi gjøre bedre for at pasientene ikke opplever dette igjen?

M: ... Så, prøve å liksom videreformidle det man tenker og gjør på en så ydmyk måte som mulig, men samtidig på en så synlig måte som mulig inspirere hverandre da. Men det er veldig krevende å endre en omsorgskultur da. Å tørre å være så tøff og ta dem her samtalene og.

For at vi skal «endre» eller videreutvikle en omsorgskultur mener H3 at kjennskap til hverandres profesjoner og hverandres arbeidsrutiner er en av de viktigste faktorene for faktisk å kunne forstå hverandre i et samarbeid. Musikkterapeuten opplever gjentatte ganger at hen ikke blir sett for sitt arbeid, og sin profesjon. H3 uttrykker en forståelse for musikkterapeutens utfordringer og forstår at musikkterapi fort kan bli sett på som en luksusvare heller enn en

grunnleggende del av beboerens helhetlige behandlingstilbud. Musikkterapeuten forteller at hen har opplevd i sin arbeidshverdag at kollegaer over mange år har spurt hva hen «egentlig» driver med, og hva som «egentlig» er jobben hens.

M: det verste er jo at jeg føler de aller fleste ikke har veldig mye kjennskap til musikkterapi. Det de har kjennskap til er på en måte det de ser igjennom det jeg gjør, og det jeg dokumenterer i journalsystemet da for eksempel.

Kollegaen som stilte spørsmålet, hadde en opplevelse av at musikkterapeuten var en frivillig kulturarbeider som jobbet på avdelingen, forteller informanten. Kollegaen var utelukkende positiv til musikk, men forstod nok ikke hva musikkterapi kunne bidra med i det store bildet, forteller hen.

M: ... bare med at musikkterapien er en så ukjent profesjon for så mange, så er det ikke alle en gang som tenker en gang at det er en jobb. Og mye av musikkterapigruppene er man jo alene på sånn at.. jeg tror at det er litt vanskelig for folk flest å forstå fagligheten og det man jobber med utenom det å spille da.

Musikkterapeuten forteller at hen oppleves Norges forhold til musikk som publikumsbasert. Et slikt fokus på musikk beskriver hen vil være med å påvirke hvordan musikkterapi kan bli brukt som verktøy i kliniske kontekster.

M: I forhold til hvordan samfunnet forholder seg til musikk så jeg tror på en måte musikkterapi, og forståelsen for musikkterapi som fag, varierer veldig fra hva slags forhold har til musikk. I Norge har man hvert fall til en hvis grad en veldig sånn ... publikum til musikerforhold som er sånn ... Du går på konsert, du kler deg opp, du pynter deg, du lytter, du tar inn og du klapper. Skillet mellom musiker, deltaker og publikumer er veldig sånn innenfor satte rammer, og det er litt sånn prestasjonspreget og det kanskje ... en har en jobb å gjøre der for å på en måte klare å se alt det medisinske eller det funksjonelle eller sånn hvordan musikk kan brukes som verktøy da.

Med det publikumsbaserte fokuset som musikkterapeutinformanten presenterer kan det tyde på at det underholdningsbaserte kan ta vekk fokuset for det terapeutiske arbeidet. På bakgrunn av dette har musikkterapeutinformanten opplevde gjentatte ganger i sin arbeidshverdag å ha

andre kallenavn enn musikkterapeut. For musikkterapeuten innebærer dette show, prestasjon, musiker, og underholdning. Med et slikt underholdningsbasert fokus kan se tyde på at begrepet *musikkterapi* er et begrep som ikke er fortrolig på avdelingen. Selv har jeg blitt kalt for kallenavn som «juke box», «syngedamen» og «musikkdamen». Musikkterapeuten forteller at hen opplever at musikkterapi kan bli fremstilt nærmest som en vidunderkur, og at musikkterapiens faktiske bidrag og nytteverdi kan bli utydelig. Hen etterlyser også de konkrete spørsmålene knyttet til dette:

M: Det er veldig sånn store pompøse forestillinger du presenterer i istedenfor det her: hvordan klarte du å få Olga til å slutte med behovsmedisin. Eller hvor mye har det å si at du kan bruke musikk at du kan skape en fysisk ro da? Og kan være med å forhindre agitasjon på en avdeling?

Eksemplene på spørsmål musikkterapeuten forteller om er spørsmål som hen opplever som viktig i dialogen når man skal etablere og øke forståelsen for ett nytt fag i et tverrfaglig samarbeid. Slike strategier hjelper pleierne å forstå hva det musikkterapeutiske arbeidet går ut på, samtidig at musikkterapi som fag blir mer inkludert i samarbeidet.

M: ... Hvordan er du med å påvirke og hjelpe til å bli bevisst på sånne typer ting som: Hva slags lyder skaper ro og hva slags lyder skaper uro? Hva kan man forholde seg til? Hva gir gjenkjennelse, og hva gir ikke gjenkjennelse? Hva gir en mestringsopplevelse eller ikke en mestringsopplevelse? Så det er litt sånn ... det er veldig viktig perspektiv å for å implementering av et fag da.

Musikkterapeuten opplever at musikkterapi som «vidunderkur» er med på å senke behovet for musikkterapi på avdelingen. Dette er fordi faktorene som musikkterapeuten forteller om i sitatet ovenfor ikke blir fremmet på avdelingen. Som alle informantene forteller, har musikkterapi en høy verdi på institusjonen. Det er her musikkterapeuten tror utfordringer dukker opp:

M: veldig mange er sånn «Åå, jeg er så glad for at du kommer!» «Endelig kommer du å lager litt liv og litt røre og!» «Åå, så fantastisk at du skal være hos oss». Jeg føler jeg er veldig verdsatt, men jeg er ikke nødvendigvis veldig inkludert eller involvert når det kommer til et tverrfaglig refleksjonsmøte for eksempel.

En slik mangel på inkludering i samarbeidet kan også skape ubevisste hierarkiske holdninger på en avdeling. Ved å finne et felles møtepunkt mellom profesjonene i samarbeidet, og anerkjenne arbeidet som blir gjort, er det lettere å oppnå et jevnt og balansert samarbeid.

M: Men finner man på en måte et sånt felles møtepunkt at profesjonene ser ... «jeg så at du har gjort medisinendring på den og den pasienten». «Jeg merker at han har blitt litt mer søvning i det siste». Eller det motsatte kanskje: «Han har deltatt aktivt i sang og musikk den siste stunden». «Han viser et bredere oppmerksomhetsspenn osv.». Hvis man kan på en måte, møtes på det så kan det være lettere å være litt mer jevn i et sånt hierarki. Ellers blir man jo veldig alene som musikkterapeut.

At musikkterapeuten blir verdsatt, men ikke fullstendig inkludert i samarbeidet, tolker jeg som at det øvrige helsepersonellet ikke har god nok forståelse for musikkterapi som fagfelt. Jeg vil komme tilbake til dette i diskusjonsdelen i oppgaven.

5.2 Forståelse for hverandres roller i et musikkterapeutisk samarbeid

På bakgrunn av hvordan forståelse påvirker musikkterapi som fagfelt, kan det tyde på at forståelse for hvilken rolle man har i en musikkterapi gruppe kan være uklar. En uklar forståelse for hverandres roller, kan ifølge mine informanter resultere i uklare mål og mangel på kommunikasjon i det tverrfaglige samarbeidet. Klar, gjensidig rolleforståelse er avhengig av en god styringskultur for at alle småkulturene (blant annet pleiekultur og musikkterapi kulturen) blir sett på en helhetlig måte og ikke minst inkludert i samarbeidet (Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ), 2020). Avklaringer knyttet til rolleforståelse bør inkludere alle på arbeidsplassen, og må ved jevne mellomrom være oppe for evaluering (DFØ, 2020). Jeg vil videre i dette kapitlet rette søkelys på rolleforståelse, og hvordan forståelse for hverandres rolle kan bidra til et mer helhetlig arbeid.

Tverrfaglig samarbeid er noe alle informantene setter pris på i arbeidshverdagen. Opplevelsen av det tverrfaglige samarbeidet beskriver de som lærerikt og at de blir bedre ansatte når de får ny faglig input.

H2: Jeg føler på en måte jeg brenner veldig for personsentrert omsorg og når man jobber tverrfaglig så får man gode innspill på ting man kanskje ikke har tenkt på

tidligere. Jeg føler på en måte at vi er helt avhengig av hverandre da for å klare å på en måte gjøre en god nok jobb hver enkelt.

Informant H1 forteller at det er mulig å bli «trangsynt» i arbeidet dersom man ikke tar til seg faglig input fra andre tverrfaglige profesjoner. Musikkterapeuten forteller at hen opplever at man uten faglig input blir arbeidet mer automatisert og ikke like effektivt. Samtidig opplever musikkterapeuten kollegaenes iver, og forteller om hvor «sulten» de er på faglig utvikling. Musikkterapeuten kjenner på fellesansvaret hen har med kollegaene ovenfor beboerne. Musikkterapeuten snakker at det om *våres* ansvar å tilrettelegge gode rammer og en god omsorgskultur på avdelingen. Hen snakker også om at dette er et kollektivt, men sårbart ansvar.

Informantene forteller om kompleksiteten rundt et samarbeid for planlegging og tilrettelegging er avgjørende for at hverdagen skal gå rundt. Denne opplevde kompleksiteten handler om at det er mange elementer og arbeidsoppgaven som skal gjøres på en avdeling. Alle informantene forteller at samhold og kjennskap til hverandre på et personlig plan er en medvirkende faktor for et godt arbeidsmiljø. Informantene opplever at dette senker terskelen for å si i fra om ting eller hendelser som trenger endring eller forbedring. En annen grunn til at dette er viktig for informantene kommer blant annet frem i dette utsagnet fra musikkterapeuten:

M: ... Det er en stor jobb som handler om liksom en hel institusjon da, og det handler om en hel personalgruppe, det handler om en hel kultur og det handler om et helt sett med rutiner om ting skal gjøre som helst ikke skal gjøres på samme tid da.

At alle er på samme «bølgelengde» i det tverrfaglige samarbeidet er noe som er viktig for alle informantene. De forteller at tverrfaglig samarbeid på deres avdeling er noe som er blitt skapt over tid, og som har ført til et trygt og tillitsbasert arbeid. Denne opplevelse av trygghet ga musikkterapeuten et eksempel på fra en musikkterapigruppe hen nylig hadde gjennomført på avdelingen. Her var musikkterapeutens opplevelse av timen var positiv, og hen opplevde at hen klarte å skape en god flyt i gruppen, og at alle i gruppen var «koblet på» musikken.

M: Det var en pleier som satt under hele gruppen, og det er en pleier som jeg kjenner veldig godt som jeg har vært med en del før. Og det merker man veldig godt! Man har på en måte ... både en forståelse for hva jeg driver med og hva jeg på en måte ønsker

å få til på en gruppe, samtidig som at hen kjenner pasientene godt nok til å vite hvem som trenger at hen sitter ved siden av. Det var veldig sånn godt å ha en pleier som på en måte gjør til at en klarer å ta del på en mye mer naturlig måte enn det man ville ha gjort enn hvis jeg skulle ha gått frem og tilbake til dem her og få dem med da.

Et slikt samarbeid under musikkterapigruppen opplever også H3 at er viktig når musikkterapeuten skal lede en gruppe på deres avdeling. Hvis ikke pleierne forstår hvordan og når, så blir det vanskeligere for de å hjelpe. Uten denne hjelpen får musikkterapeuten mindre kapasitet til å jobbe med det musikkterapeutiske arbeidet i gruppen.

*H3: Ja, hen har hatt flere opplevelser med og til slutt så måtte musikkterapeuten bare sitte foten nei og si: «Vet du hva? Hvis det ikke kan være noen å hjelpe meg så kan jeg ikke komme. Dessverre, for det går ikke». For da får hen (**musikkterapeut**) forferdelige opplevelser med at folk stikker. Så står man der alene og bare «hva skjedde?».*

Musikkterapeuten forteller at slike holdninger, og slik mangel på forståelse, ofte handler om personlighet og hvor forskjellige man er som pleier og som musikkterapeut. Noen vil naturlig nok gå bedre overens med andre, og derfor kommunisere bedre i samarbeidet. Med å være forskjellige som personer vil man også være forskjellige i måten man arbeidet på. Å jobbe forskjellig mot samme mål kan være med på å skape en ubalanse i samarbeidet. Eksempler musikkterapeuten gir på dette er faktorer som å møte og speile beboerne der de er, og samtidig ha etiske refleksjoner rundt tilnæringsmetodene man benytter seg av.

M: Det høres kanskje teit ut, men det er liksom sånn ... det er veldig mange forskjellig måter å jobbe personsentrert, og jobbe godt på da. Det handler om en hel kultur og det handler om et helt sett med rutiner om ting skal gjøre som helst ikke skal gjøres på samme tid da.

I situasjoner hvor utøvelsen av arbeidet har vært forskjellig, har musikkterapeuten opplevd at musikkterapigrupper kan være ødeleggende for det musikkterapeutiske arbeidet, og ikke minst etableringen av musikkterapi på avdelingen. H2 forteller at uten denne balansen vil de få mer jobb med å ivareta beboernes psykososiale behov i etterkant av musikkterapitimen. Gjentatte ganger i intervjuet påpeker H3 hvor viktig det er at musikkterapeuten har pleiere

med seg under musikkterapigruppen. Uten dem kan musikken være mer ødeleggende og virke mot sin hensikt.

H3: Det kan bli støy for de. For de klarer liksom ikke å fokusere skikkelig. De må ha noen trygge som sitter ved siden av seg. For eksempel holde de i hånden eller styrke de på ryggen eller liksom «nå er det dette her vi gjør».

Kreativitet og nysgjerrighet er to faktorer musikkterapeuten opplever som viktig å ta med seg i tverrfaglige møter. H3 var tydelig på at hans opplevelse av casefortellingen om musikkterapigruppen fra USA ikke var en positiv opplevelse for beboerne, og at det var store mangler i det tverrfaglige samarbeidet. Som musikkterapeuten forteller, handler det om en hel institusjon og det handler om en hel personalgruppe. Informantene H1, H2 og H3 ser tydelig hvilken nytte musikkterapien har på avdelingen, der for eksempel H2 forteller hvordan pasientene får en glød i ansiktet under musikkterapigruppene. Samtidig er det tyder det på at det er flere faktorer i det tverrfaglige samarbeidet som gjør at beboerne ikke får en best mulig opplevelse av musikkterapigruppen.

5.3 Tid og arena for å formidle hva musikkterapi er i et samarbeid

Et viktig aspekt på en eldreinstitusjon, er tid og arena for samarbeid. Som tidligere presentert i oppgaven er tid et komplekst fenomen på en avdeling på sykehjem. For å skape en god omsorgskultur forteller alle informantene at det krever mye tilrettelegging og planlegging med sitt tverrfaglige team på avdelingen. Gode arenaer for dette er noe H2 og musikkterapeuten ønsker mer av i samarbeidet.

H2: Jeg kjenner jo for meg selv at jeg savner på en måte at vi kunne hatt noen tverrfaglige samarbeidsmøter. Det hadde jo gjort de veldig mye enklere å tilpasse seg pasientene da.

M: Man burde ha mer fokus på etisk refleksjon. Altså refleksjon rundt på en måte hvordan kan man møte den enkleste best mulig.

Som musikkterapeut på en institusjon er det vanlig å forholde seg til flere avdelinger. Det vil si at musikkterapeuten har flere tverrfaglige team å forholde seg til. Her uttrykker musikkterapeuten at én dag i uken ikke er nok til å bli kjent med personalet eller beboerne, og ikke minst miljøet. En metode som musikkterapeuten og H2 forteller om, er «5 minutters

korridorprat» hvor det kommer frem at dette er viktigere enn noen gang på bakgrunn av Covid-19 pandemien, og viktig informasjon trengs å videreformidles uten offisielle møter. Dersom musikkterapeut og helsepersonell møter på hverandre i korridoren, benytter de sjansen til å snakke uforstyrret om konkrete temaer. Gjennom en slik teknikk kan musikkterapeuten og en pleier blant annet eliminere uromomenter som kan oppstå før musikkterapigruppen starter.

Utenom korridorpratene forteller H2 at de ikke har faste tverrfaglige møter for å reflektere over beboernes psykososiale helse. H1 forteller at de må ta høyde for tidsklemmen, men så lenge de lager avtaler klarer de å jobbe seg ut ifra det. H2 forteller at uten slike tverrfaglige møter kan behandlingstilbudet oppleves rotete og ustrukturert. Alle informantene forteller at god planlegging for tilrettelegging er essensielt for å få samarbeidet til å fungere. Samtidig opplever informantene at de tverrfaglige møtene som gjennomføres ikke er ideelle. Musikkterapeuten opplever blant annet at de tverrfaglige møtene fokuserer mer mot det fysiologiske aspektet ved pleien, og lite ved det psykologiske.

M: Det er liksom på alle sånne tverrfaglige møter så blir det veldig fort ... du hører på legen og du hører på sykepleiere. og de har veldig mye å fortelle om det medisinske og om absolutt alt som handler om kroppen, men veldig lite om psyken og tilrettelegging av miljø for eksempel. Som igjen på en måte kanskje både jeg som musikkterapeut og en ergoterapeut er kanskje litt i samme båten. Vi er ikke konkrete nok.

En slik konkretisering av møteagendaen var ikke noe pleierne ga uttrykk for at var et savn under intervjuene. Opplevelsen av det tverrfaglige samarbeidet var ikke utelukkende positivt, men det kom heller ikke frem hvilke utfordringer de opplevde i konkrete møtesettinger. Slike utfordringer opplever musikkterapeuten i liten grad i samarbeid med logoped, fysio-, og ergoterapeut.

M: Jeg har jo et veldig godt tverrfaglig forum nå med logoped, fysio og ergo i forbindelse med en rehabiliteringspasient som vi har da. For da krever det en helt annen type samkjøring og da får jeg da på en måte masse skriv fra logoped om hvordan hen jobber med talepraksis og hvilke øvelser hen tar i bruk og hvordan hen kan ta vinkle det inn i musikkterapiet. Det er jo kjempelærerikt og kjempemotiverende. Så det å ha konkrete og tydelig nok møtepunkter, og ha en tydelig nok møteagenda, er det som gjør det tverrfaglige bra.

Et like konkret og tydelig samarbeid med helsepersonellet har musikkterapeuten til tider opplevd som utfordrende. Dette fører til at musikkterapeuten føler at hen må dra noe av lasset på egenhånd.

*M: Det er veldig sjeldent jeg får veldig sånn konkrete henvisninger eller konkrete bestillinger på «å, jeg kan bruke *musikkterapeut* til det her». Det er noe som jeg savner som jeg tenker har vært enda viktigere for å føle at man liksom med på å dra lasset sammen da.*

Musikkterapeutens opplevelse av å dra lasset på egenhånd kommer av at møtene ofte blir et planleggingsmøte for pleierne. Musikkterapeutens erfaring med at hen må ta ansvar for beboerens psykologiske behov i møtesettingene, er en av tingene som gjør at hen føler hen må dra lasset på egenhånd. Hadde balansen i de tverrfaglige møtene vært like mye rettet mot det psykologiske aspektet ved pleien som det fysiologiske, opplever musikkterapeuten at det vil være et bedre utgangspunkt for videreutviklingen av behandlingstilbudet. Ved å være med på å skape en ressursgruppe, i tillegg til refleksjonsmøter, har musikkterapeuten og helsepersonellet skapt en arena for å forbedre behandlingstilbudet.

M: Det er liksom når man kommer innom huden og ikke bare snakker om det man ser, men snakke mer om det som ligger under isfjellet, altså det som ligger under vann, og som på en måte handler veldig mye om den der tause kunnskapen da. Det som man bare gjør, som man ikke nødvendigvis tenker på som viktig kunnskap, men som alle sitter med på hver sin front da.

Informant H3 forteller om et samarbeidsprosjekt der hen opplevde at musikkterapien ga en positiv opplevelse for både beboerne og det øvrige helsepersonellet. Musikkterapigruppen var en del av planleggingen til et julearrangement på avdelingen, der de tradisjonelle elementene; julemat, quiz og sang var til stede. H3 beskrev samarbeidet rundt arrangementet som utelukkende positivt, og fortalte at musikkterapeutens initiativ og engasjement for arrangementet var noe de ikke hadde klart seg uten. H3 forteller at opplevelsen av felles målsetning var en viktig suksessfaktor for prosjektet

*H3: Hen hadde liksom en rød tråd gjennom hele den arrangementet
Det var så koselig! Det laget skikkelig god julestemning. Også hadde vi dekket bordet den dagen og vi skulle ha pinnekjøtt og ja ... Det var skikkelig julestemning med både*

lukt og musikk og alt liksom. så det var veldig koselig sånn time. Det er noe med den der viktigheten av å ha den musikkterapeuten i lag med oss. For vi hadde aldri klart å lage en så god stemning uten hen. Det er helt umulig rett og slett.

Jeg har i denne funndelen tatt for meg tre forskjellige elementer som kom frem i intervjuene: *forståelse for musikkterapi som fagfelt, forståelse for hverandres rolle i et musikkterapeutisk samarbeid og tid og arena til å formidle hva musikkterapi er i et samarbeid.* Disse tre elementene skal jeg nå ta videre med inn i neste kapittel og diskutere disse elementene opp mot problemstillingen.

6.0 Diskusjon

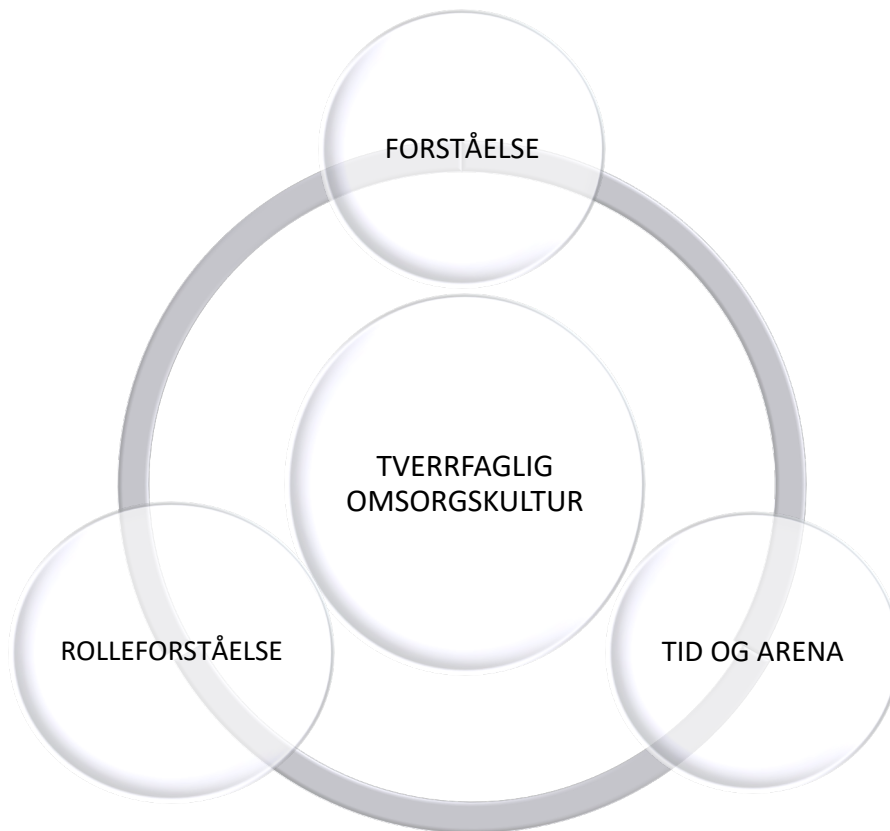
I oppgavens innledning forteller jeg om to egne observasjonserfaringer fra praksis – en i Norge, og en i New York. Mye er forskjellig fra Norge til USA, deriblant kultur, fagutøvelse og organisering. Likevel ser jeg noen klare likhetstrekk mellom de to praksisfortellingene; Både strukturelle og organisatoriske hindringer førte til et jeg opplevde et mindre optimalt musikkterapitilbud.

I USA ble musikkterapitilbudet klemt inn mellom måltid og stell, nærmest som en tilleggsaktivitet som ga det øvrige helsepersonellet tid og rom til å rydde og vaske opp. Dette ga meg en opplevelse av at det ikke var tatt høyde for planlegging og tilrettelegging for at beboerne skulle få en best mulig opplevelse av musikkterapigruppen. At beboeren må på toalettet vil det fortsatt være et viktigere behov enn den musikalske opplevelsen, og beboeren vil derfor ikke være klar for å «ta imot» inntrykk fra musikken. Selv om kommunikasjonen og tilretteleggingen var betraktelig mye bedre i casefortellingen i Norge, kommer man ikke utenom at de samme faktorene vil gjøre det utfordrende for beboerne å være mottakelig for musikkterapi, og for musikkterapeuten å gjøre jobben sin. Elektrikere som legger opp nye kurser, TV'er som står på, støy fra kjøkkenet og lignende går også igjen som forstyrrende elementer i casefortellingen fra Norge.

Disse likhetstrekkene som er presentert over reagerte jeg på, ikke fordi jeg mener at helsepersonellens arbeid er mindre viktig enn musikkterapeutens, men fordi det ikke virket som om man tenkte at musikkterapeuten hadde en særegen kompetanse som man skulle utnytte. Selv om de forstyrrende elementene kan virke som ubetydelige i det store bildet, mener jeg at musikkterapeutens særegne mål og intensjoner, hvis de blir forstått, vil utgjøre en stor forskjell for å møte beboernes psykososiale behov dersom det er lagt til rette for det. På bakgrunn av dette vil jeg påstå at å utføre musikkterapi i et «kaotisk» rom fordi «det er bedre enn ingenting», opplever jeg at det faktisk er bedre med ingenting.

Så jeg spør igjen; Hva var det som manglet? Hva skal til for at pasientene i eksemplene ville være mottakelig for musikkterapi, og ikke minst oppleve det som givende?

I dette kapitlet skal jeg ta for meg mine informanternes utsagn og refleksjoner for å få en bredere forståelse av hvordan det tverrfaglige samarbeidet på en avdeling kan fungere best mulig, med forståelse for musikkterapi som et viktig element i samarbeidet. Slik jeg ser det manglet musikkterapeuten og øvrig personale i mine casefortellinger både tid og arenaer til å samarbeide om pasientenes behov, og om gjensidig forståelse for hverandres fag og rolle.



Figur 4. En tverrfaglig omsorgskultur

*Forståelse for musikkterapi som fagfelt, forståelse for hverandres rolle i musikkterapeutisk arbeid og tid og arena til å formidle hva musikkterapi er i et samarbeid. Dette er de tre elementene jeg mener er gjensidig avhengig av hverandre for at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere. Disse tre elementene utgjør til sammen det jeg har valgt å kalle *En tverrfaglig omsorgskultur*.*

De tre elementene som er vist i modellen over vil jeg hevde representerer fundamentet som ligger i en tverrfaglig omsorgskultur basert på funn fra informantene og casefortellingene. Felles for de tre elementene er kunnskap om musikkterapi som profesjon. For å skape en tverrfaglig omsorgskultur er det avgjørende at forståelse for hverandres fag, forståelse for hverandres rolle og prioritering av tid og arena for tverrfaglige samarbeid er representert i samarbeidet. På bakgrunn av problemstillingens vinkling kommer fokuset til å være rettet mot musikkterapiens rolle i den tverrfaglige omsorgskulturen. Videre i kapittelet skal jeg ta for meg de tre elementene som er viktig i den helhetlige omsorgskulturen.

Disse tre elementene vil jeg ta for meg videre i diskusjonskapittelet og fokusere på positive og negative aspekter ved elementene. Til slutt vil jeg sette elementene inn i kontekst og ta for meg modellens kjerne; *Tverrfaglig omsorgskultur*.

6.1 Forståelse for musikkterapi som fagfelt

Jeg har i denne oppgaven presentert flere eksempler på utfordringer i musikkterapigrupper der forståelse for det musikkterapeutiske arbeidet ikke er til stede. *Forståelse for musikkterapi som fagfelt* er et viktig element for integreringsprosessen på en demensavdeling. Å forstå hva musikkterapi *er og ikke er*, blir, som Bruscia (2014) beskriver, en viktig del i det praktiske arbeidet til en musikkterapeut (s. 5). Jeg har i denne oppgaven har presentert flere eksempler på utfordringer i musikkterapigrupper der forståelse for det musikkterapeutiske arbeidet ikke er til stede.

Stedje (2010) forteller at lydmiljøet på en demensavdeling er komplekst og derfor kan være en negativ påvirkning på personer med en demenssykdom dersom dette ikke blir avklart på forhånd (ss. 16-17). Personer med en demenssykdom blir påvirket av uromomenter og lyder i større grad enn mennesker uten en slik diagnose. Forstyrrende elementer under gjennomføringen av musikkterapi kan vitne om manglende kommunikasjon om, og forståelse for musikkterapiens virkning og rammebehov. Det kan derfor tyde på at musikkterapi har en mindre sterk posisjon i arbeidet med pasientene.

Dersom alle ansatte hadde en felles opplevelse av musikkterapiens virkning, og forståelse for musikkterapiens rammebehov, kan det tenkes at alle ansatte i større grad ville tatt eierskap og del i å legge til rette for musikkterapien. Helt enkle grep som å lukke døren til kjøkkenet, bestille elektriker til tidspunkter som ikke kolliderer, og en enkel omorganisering av oppvasken, ville gitt helsepersonellet til stede tid til å gå inn som aktive deltakere i musikkterapien, og på denne måten lagt til rette for musikkterapi som effektiv pasientbehandling.

6.1.1 Å etablere forståelse for musikkterapi

M: Jeg kjente jo på en fortvilelse over hvor vanskelig det skal være av og til å ivareta mennesker i en hverdag, og i en institusjonshverdag. Det er på en måte så mange ting som skal gjøres (...).

Sitatet over viser min musikkterapeutinformants reaksjon på min casefortelling fra USA. Musikkterapeuten forteller at hen kjenner seg igjen i casefortellingene, og kan relatere disse også til sin egen arbeidsplass og musikkterapigrupper. Aftret (2008) forteller om lignende erfaringer i sin artikkel om musikkterapeutenes utfordring i møte med musikkterapeutisk

forankring i en kommune (s. 248). Aftret (2008) opplevde en mangel på forståelsen for musikkterapifaget i det tverrfaglige samarbeidet, og at dette gikk utover det musikkterapeutiske arbeidet. Det som vekker min oppmerksomhet med Aftret sin erfaring, er tidsspennet i erfaringene. I artikkelen fra 2008, viser Aftret til en casefortelling fra 1992, og beskriver at hun fortsatt, i 2008, opplever samme type utfordringer, 16 år senere. 13 år etter Aftret skrev sin artikkel, opplever musikkterapeutinformanten i min oppgave også lignende utfordringer.

På bakgrunn av lite forståelse og manglende fremlagt empiri på avdelingen, opplevde O'Kelly (2007) sine informanter en usikkerhet på hva musikkterapi kunne bidra med, og hvilke rammer en musikkterapigruppe trengte. I kategorien *The integration of music therapy within palliative care* forteller O'Kelly om viktigheten av å ha en dialog knyttet til hva musikkterapi er, og hva musikkterapi kan bidra med (2007, ss. 237-238). Flere av informantene forteller at de ønsker det beste for beboerne, men at de kan oppleve det som utfordrende å være inspirerende og profesjonell når man skal presentere ny fagkunnskap til det tverrfaglige teamet. musikkterapeutinformanten forteller at det er krevende å 'endre' en omsorgskultur for å skape bedre forståelse i samarbeidet. På bakgrunn av allerede etablerte holdninger på arbeidsplassen, kan det oppleves ubehagelig å sette krav til hvilke rammer som må være på plass under musikkterapigruppen. I Myskja (2006) sitt prosjekt om etableringen av et musikkterapi tilbud på en avdeling benyttet han seg av forskjellige skjemaer som dokumenterte den musikkterapeutiske effekten på avdelingen (s. 188). Dette skapte en større tillit hos det øvrige helsepersonellet på avdelingen, og musikkterapeuten følte seg mer inkludert i samarbeidet.

På bakgrunn av min empiri, mener jeg å kunne hevde at felles forståelse for både *virkning av og rammebehov for musikkterapi* vil bidra til en styrking av musikkterapiens rolle i en tverrfaglig omsorgskultur. Arbeid som dokumenterer musikkterapiens *virkning* for pasientene internt på avdelingen, som for eksempel Myskja (2006) viser til, vil kunne bidra til en slik økt felles forståelse.

6.1.2 «Hva er egentlig musikkterapi?»

M: ... bare med at musikkterapien er en så ukjent profesjon for så mange, så er det ikke alle en gang som tenker en gang at det er en jobb. Og mye av musikkterapi gruppene er man jo alene på sånn at.. jeg tror at det er litt vanskelig for folk flest å forstå fagligheten og det man jobber med utenom det å spille da.

musikkterapeutinformantens opplevelse av at musikkterapi ikke blir ansett som en «jobb» av en kollega, kan skape utfordringer med å forstå musikkterapiens faglige aspekter (se side 41). Bruscia (2014) forteller at dette er en kjent problemstilling for musikkterapeuter verden over (s. xx). Mangel på en kommunisert yrkesidentitet er en medvirkende faktor til at musikkterapeuten ofte kan få kallenavn som for eksempel «musikkdamen» eller «syngedamen», noe musikkterapeutinformanten også opplever i sin arbeidshverdag.

musikkterapeutinformanten beskriver forholdet til musikk i Norge som underholdnings- og publikumsbasert, på bakgrunn av at det er dette man vokser opp med (se side 41). Et slik forhold til musikk er naturlig, men kan også oppleves å være til hinder for det musikkterapeutiske arbeidet. Bruscia (2014) beskriver at mennesker sitt positive forhold til musikk vil kunne skape en fascinasjon på hva musikkterapi er, og kan bidra med (s. 3). Samtidig forteller musikkterapeutinformanten at dette kan skape et ubetinget positivt syn på musikkterapi, slik at musikkterapi blir sett på nærmest som en vidunderkur. Et syn på musikkterapi som «vidunderkur», kan medføre at musikkterapeutens helhetlige kompetanse ikke synliggjøres. En konsekvens av dette kan være at musikkterapi blir sett på som et «eksternt» verktøy som ikke integreres i det helhetlige arbeidet i pasientbehandlingen.

Michel (1976) forteller at yrkesnavnet *musikkterapi* fremstå som diffust når man ikke er kjent med yrket. Derfor vil spørsmålet '*hva er musikkterapi*' være et naturlig spørsmål å stille (Bruscia, 2014, s. 3). Når man tar for seg et annet terapeutisk yrke, som for eksempel taleterapi, er det konkretisert i navnet hva terapien skal virke på. Å måtte beskrive hva musikkterapi kan bidra med i de gitte situasjonene gjentatte ganger, vil kunne påvirke det musikkterapeutiske arbeidet til å bli mindre konstruktivt (Bruscia, 2014, s. 35). Dette viser at musikkterapi fortsatt har en vei å gå i det tverrfaglige samarbeidet for å bli sett som profesjon, og ikke som et underholdningsbidrag til institusjonen.

På bakgrunn av at mange har et personlig forhold til musikk er det naturlig å tenke på den underholdningsbaserte tilnærmingen til musikkterapi når man ikke har hørt om det før. Som nevnt innledningsvis utførte de frivillige musikerne en viktig jobb med institusjonens underholdning i USA. Likhetene mellom musikerens arbeid og musikkterapeutens arbeid var som nevnt mange, og vil derfor være naturlig å stille spørsmål om hvilken særegen kompetanse en musikkterapeut innehar. Ruud (2018) beskriver at musikkterapiens komplekse kompetanse kan gjøre det vanskelig for helsepersonellet å forstå hvordan en musikkterapeut arbeider. Dette er fordi musikkterapiens særegne kompetanse er en sammensetning av flere kompetanser som utgjør den profesjonelle musikkterapeuten; *musikalsk kompetanse, metodisk kompetanse, kunnskap om målgrupper, relasjons- og kommunikasjonskompetanse og teori og*

forskning. Dette kan være en av forklaringene til hvorfor arbeidet til en musikkterapeut kan bli forvekslet med andre yrkesgrupper som også har én eller flere av kompetansene som en del av sin særegne kompetanse. Det er Ruuds (2018) sjette kompetanse som gjør at det musikkterapeutiske arbeidet er så komplekst; *Den profesjonelle musikkterapeuten*, som representerer nettopp helheten av de fem øvrige kompetansene.

Sett i en musikkterapeutisk kontekst kan den musikalske for forståelsen til pleierne på en avdeling dreie seg om det underholdningsbaserte fokuset i musikk. Gjennom synliggjøring av musikkterapeutens helhetlige kompetanse, kan man skape forståelse for de ulike elementene i musikkterapeutisk arbeid som en del av pasientbehandlingen ved avdelingen (Ruud, 2018). musikkterapeutinformanten min uttrykker at det er vårt felles ansvar å sørge for at beboernes fysiologiske behov blir møtt i behandlingstilbudene som blir tilbudt. En felles forståelse for hva musikkterapi er, hva musikkterapi kan *bidra med*, og hva musikkterapien *trenger* for å virke bør stå sentralt i dette arbeidet.

6.2 Forståelse for hverandres roller i musikkterapeutisk arbeid

I dette delkapittelet vil jeg ta for meg det andre elementet i tverrfaglig omsorgskultur; *forståelse for hverandres rolle i et musikkterapeutisk arbeid*. Behovet for forståelse for hverandres profesjoner og roller vil naturlig nok gå begge veier, men som problemstillingen min tilsier blir oppgaven avgrenset til å ta for seg forståelse for musikkterapi, og ikke musikkterapiens forståelse for det øvrige helsepersonellet.

6.2.1 Samhold, nysgjerrighet og åpenhet

I forrige delkapittel så vi på forståelse for hverandres fag generelt, og forståelsen for musikkterapifaget spesielt som et viktig element i tverrfaglig samarbeid. Forståelsen for hverandres roller i tverrfaglig samarbeid er det andre, viktige elementet i en tverrfaglig omsorgskultur. Mine informanter forteller at samhold i tverrfaglig samarbeid er noe de setter pris på i hverdagen. Informantene fremholder at et godt samhold legger grunnlag for et trygt og tillitsbasert samarbeid, og bidrar til å skape lav terskel for å komme med konstruktiv kritikk både på et individuelt plan og i gruppesammenheng. I det ene eksempelet til musikkterapeutinformanten viser hen til at den personlige relasjonen til kollegaene var viktig for kvaliteten i musikkterapigruppen. Å spille på lag er en av strategiene i Stige og

Kristiansens (2016) hybridifiseringsstrategi (s. 196). I etablering av en ny omsorgskultur, innebærer dette også å spille på lag med den eksisterende kulturen på avdelingen.

I mine funn kommer det gjentatte ganger til uttrykk at kjennskap til hverandres profesjoner er en forutsetning for å få et tverrfaglig samarbeid til å fungere. Dette bidrar også til en større forståelse for hva en musikkterapeut har behov for i sitt arbeid på avdelingen. Helt siden min musikkterapeutinformanten begynte å jobbe ved sykehjemmet, har hen bevisst arbeidet for å få til et godt samarbeid på avdelingen. Å ha et godt samhold og kjennskap til hverandres ønsker i samarbeidet har vært viktig i alle informantenes arbeidshverdag. Alle helsefagarbeiderene var tydelig på hvor viktig tilstedeværelse fra pleiepersonalet var i en musikkterapi gruppe. Pleierens tilstedeværelse i musikkterapi gruppen forklarer pleieinformantene som et minstekrav musikkterapeuten bør ha når hen skal lede en musikkterapi gruppe. Ved å ta en tydelig rolle i musikkterapi gruppen opplever pleieinformanten av musikkterapeuten har større spillerom til det terapeutiske arbeidet. Hen forteller at denne rollen innebærer å delta på aktiviteter sammen med beboerne, og samtidig legge til rette for at beboerne har det de trenger for å få en god opplevelse i gruppen. Myskja (2006) sitt prosjekt med implementering av musikkterapi på en avdeling viser viktigheten av nettopp tverrfaglighet og inkludering i hverandres arbeid for å få resultatene man ønsker (ss. 173 -200). Et godt samhold kan bidra til en større forståelse i samarbeidet. Dette ser vi spesielt i musikkterapeutens eksempel på en vellykket musikkterapi gruppe. På bakgrunn av dialog og felles forståelse for musikkterapiens behov, oppnådde de en god flyt, en god musikalsk stund på avdelingen og god virkning av musikkterapien.

Andre faktorer som kom frem i min empiri var nysgjerrighet og åpenhet for andre fagtradisjoner i det tverrfaglige samarbeidet. Dette ble sett på som viktig for utviklingen av behandlingstilbudet, og for å forstå hvilken rolle de tilstøtende profesjonene kan ha i utviklingen. Informantene beskriver at slik nysgjerrighet er særlig viktig når etablerte arbeidsrutiner blir automatiserte, og det er lett å miste fokuset på utvikling av tverrfaglig samarbeid og behandlingstilbud. Musikkterapeuten beskriver en opplevelse av at det er et felles ansvar for alle ansatte ved en avdeling å sørge for et godt tilrettelagt tilbud som gir beboerne det behandlingstilbudet de trenger.

6.2.2 Personsentrert omsorg

Som nevnt i teorikapittelet vil det være naturlig for å oppgavens tema å se på hvilke faktorer som kan påvirke forståelsen til de ulike yrkesgruppene, og ikke minst musikkterapi. Kitwood

(1997) peker på fem grunnleggende psykososiale behov hos mennesker som ligger til grunn for personsentrert omsorgsarbeid (s. 81). En personsentrert omsorgsfilosofi kjennetegnes av at man jobber for å dekke de fem behovene, som er gjensidig avhengig av hverandre. I min empiri kommer det frem at flere på institusjonen brenner for å jobbe personsentrert, men at de ulike måtene å jobbe personsentrert på påvirker den tverrfaglige kulturen. Eksempler på dette er forskjellige måter å speile og møte beboerne, som ikke blir reflektert rundt på tverrfaglige møter. Musikkterapeutens beskrivelse av at det finnes forskjellige måter å 'jobbe godt på', kan ses i sammenheng med den etnografiske studien, hvor helsepersonellet ikke var fortrolig med begrepet personsentrert omsorg. I studien kom det frem at de forskjellige måtene å 'jobbe godt på' påvirket arbeidet mot en personsentrert tilnærming på bakgrunn av at det tverrfaglige teamet ikke hadde en gjensidig forståelse (Rokstad, 2021; Kitwood, 1997). Rokstad (2021) beskriver at en gjensidig forståelse for hva personsentrert *er*, er en grunnleggende faktor for at omsorgsfilosofien skal få spille ut sin nytteverdi. Samtidig opplever jeg at dette kan bli utfordrende på bakgrunn av at de forskjellige yrkesgruppene på en avdeling ikke blir inkludert som en del av den gjensidige forståelsen i litteraturen. Det vil si at litteraturen som er presentert i oppgaven tar for seg de enkelte yrkesgruppene når man skal beskrive utøvelsen av omsorgsfilosofien, som for eksempel hvordan sykepleiere arbeider personsentrert. Dersom litteraturen inkluderer en sammensatt tverrfaglig yrkesgruppe (for eksempel musikkterapi og sykepleiere) kan det sette et bedre utgangspunkt for Rokstads (2021) forutsetnings for felles forståelse. Dette kan underbygges av Kitwood (1997) sitt poeng hvor samarbeidet som inkluderer alle faggruppene på avdelingen vil være avgjørende for at omsorgsfilosofien skal fungere. Et eksempel på dette kan være å inkludere musikkterapi i pleierens kjente effektivitetspress (Stige & Kristiansen, 2016, s. 196). Intensjonen og målet med behandlingen vil naturlig nok være forskjellige fra helsepersonell til musikkterapi. Musikkterapeutens særegne kompetanse tar for seg flere aspekter i behandlingen som kan bidra til helsepersonellens arbeid mot en personsentrert omsorgsfilosofi (Ruud, 2018; Kitwood, 1997). Ved å ha en slik felles forståelse for musikkterapeutens særegne arbeid, og ikke minst hverandres arbeid, vil det være lettere å skape en felles forståelse mot å arbeide personsentrert. Samtidig vil forståelsen for hvilken rolle musikkterapi kan ha på avdelingen og i behandlingstilbudet til beboerne, være et bidrag i helsepersonalets effektive hverdag, og dermed få en mer helhetlig gjennomføring av personsentrert omsorg.

6.2.3 Indirekte musikkterapi bidrar til bedre fellesskap

De tre dimensjonene, *gjensidig engasjement*, *felles virksomhet og feller repertoar*, som blir presentert i indirekte musikkterapi vil være relevant for å oppnå et fellesskap i praksis og forståelse for hverandre roller (Ottesen & Krøier, 2018, s. 6). Den første dimensjonen *gjensidig engasjement*, som tar for seg hvilken rolle og kompetanse man bringer inn i et tverrfaglig samarbeid var et element som til tider manglet i samarbeidet i casefortellingene, og eksemplene som er presentert. musikkterapeutinformanten presiserte at musikkterapi blir sett på som et positivt bidrag på avdelingene, men opplevde at dette til tider gikk på bekostning av hens rolle og kompetanse. At musikkterapi har en høy verdi på avdelingen, setter et godt utgangspunkt for videre etablering av faget. Samtidig går denne verdien utover hvordan musikkterapeuten blir inkludert i andre aktiviteter på avdelingen, som for eksempel i tverrfaglige møter. I et *gjensidig engasjement* vil holdning ovenfor yrkesprofesjonalitet være et viktig element i for å bevare forståelse for musikkterapeutens rolle på avdelingen. Som begrepet tilsier, vil denne yrkesprofesjonaliteten også gjelde musikkterapeutens holdning til det øvrige helsepersonellet. Dersom et *gjensidig engasjement* er etablert er det lettere å oppnå de to siste dimensjonene; *felles virksomhet og feller repertoar*. Det *gjensidige engasjementet* for arbeidsoppgavene som blir utført vil over tid være med på å skape og utvikle disse to dimensjonene. Gjennom interpersonlige handlinger og samhandling kan kulturelle og rutinemessige faktorer i det tverrfaglige samarbeidet bli opparbeidet og videreutviklet over tid.

I et tverrfaglig samarbeid vil forståelse for hverandres rolle være viktig for inkluderingen i det tverrfaglige teamet. I en musikkterapeutisk kontekst vil det være lettere for musikkterapeuten å utføre musikkterapi gruppene dersom det øvrige helsepersonellet har både et personlig kjennskap som utgangspunkt for å forstå hva den individuelle musikkterapeut trenger i gruppen, men også en intuitiv profesjonell forståelse for hvilken virkning terapien kan ha dersom det er lagt til rette for det.

6.3 Tid og arena for å formidle hva musikkterapi er i et samarbeid

Tid og arena for å formidle hva musikkterapi er i et samarbeid er et element i modellen som man ikke kommer utenom i et tverrfaglig samarbeid i helsesektoren. For å få en forståelse for musikkterapi og hvilken rolle musikkterapi spiller inn på en avdeling, er det avgjørende å ha tid og arenaer for å samarbeide. Flere informanter uttrykte et savn etter å kunne snakke fag

med andre profesjoner. Spesielt med bakgrunn i Covid-19 pandemien uttrykte informanten bekymring over hvordan det tverrfaglige samarbeidet kom til å utvikle seg etter pandemien var ferdig.

6.3.1 *Enfaglig eller tverrfaglig?*

Å prioritere tid til å diskutere fag, reflektere over etiske dilemmaer og planlegge videre arbeid har vært viktig for alle mine informanter. Samtidig har ikke dette kunnet bli prioritert slik de ønsker det. Mangel på tid og arena for å samarbeide vil naturlig nok påvirke muligheter til å ta til seg forståelse for musikkterapi som fagfelt, og musikkterapiens rolle.

Musikkterapi, som et relativt nytt yrke, kan bringe med seg nye innfallsvinkler som kan være vanskelig å integrere i den allerede eksisterende kulturen på avdelingen (Ruud, 2018). Dette opplever musikkterapeuten i flere tverrfaglige møter. Fokus på det fysiologiske aspektet ved pleien dominerer ofte på møtene, slik at det blir mindre tid til musikkterapeutiske aspekter ved behandlingen:

M: Det er liksom på alle sanne tverrfaglige møter så blir det veldig fort ... du hører på legen og du hører på sykepleiere. og de har veldig mye å fortelle om det medisinske og om absolutt alt som handler om kroppen, men veldig lite om psyken og tilrettelegging av miljø for eksempel. Som igjen på en måte kanskje både jeg som musikkterapeut og en ergoterapeut er kanskje litt i samme båten. Vi er ikke konkrete nok.

Musikkterapeuten opplever at dette er en av faktorene som gjør at hen får lite henvisninger fra enkelte avdelinger. Som Kitwood (1997) presenterte, kan etablering av et nytt yrke på en sykehjemsavdeling bringe med seg strukturelle og organisatoriske utfordringer som gjør at slike opplevelser som musikkterapeuten forteller om kan oppstå (ss. 109-112). Disse utfordringene kan vedvare dersom man ikke finner strategier for å utvikle den tverrfaglige kommunikasjonen i samarbeidet. Vidje referert i Aftret (2008) beskriver at ved å ta del i hverandres kunnskap kan man være en større del av påvirkningen i utviklingen av behandlingstilbudet. Dersom samarbeidet mangler en slik delaktighet og samhandling kan beboerne få opplevelsen av et problematisk og uoversiktlig behandlingstilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008 - 2009)

Musikkterapeutinformantens opplevelse med tverrfaglige møter, kan sammenlignes med fysioterapeuten som opplevde at hen arbeidet *enfaglig* og ikke *tverrfaglig* (Gjersdal, Rosendahl, & Sørensen, 2015, s. 31). Et interessant aspekt med dette er at

musikkterapeutinformanten opplever et mer effektivt og *tverrfaglig* samarbeid med fysioterapeut, logoped og ergoterapeut på sykehjemmet. Så hvorfor er det slik at det tverrfaglige samarbeidet med pleiere oppleves annerledes fra samarbeidet med fysioterapeut, ergoterapeut og logoped? Helsedirektoratet (2019) beskriver at elementene dialog, felles forståelse og felles mål er tre viktige forutsetninger for at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere. Musikkterapeutens opplevelse av å ikke bli sett eller hørt i det tverrfaglige teamet kan tyde på at disse forutsetningene ikke er til stede. Samarbeid med ikke-medisinske tradisjoner (som musikkterapi) kan ofte ha få mindre plass på møtene, på bakgrunn av det fysiologiske og psykologiske skillet mellom helsepersonellets pleie og musikkterapeut. Dette skillet mellom kan ofte sees i lys av ubevisste hierarkiske holdninger som vil kunne påvirke blant annet målsettinger i tverrfaglig møter. For å motvirke dette viser tidligere forskning at god kommunikasjon og samhandling er en av de viktigste forutsetningene for å kunne tilby et helhetlig behandlingstilbud (Gjersdal, Rosendahl, & Sørensen, 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008 - 2009). Vidje referert i Aftret (2008) hevder at kommunikasjon knyttet til hva man gjør i konkrete arbeidssettinger er viktig for å forstå denne rollen (248). Musikkterapeuten beskriver at det er lettere å være likestilte i et samarbeid dersom man har et konkret felles mål. For å forbedre dette utviklet musikkterapeuten og det øvrige helsepersonellet refleksjonsmøter og ressursgrupper for å kunne konkretisere møtene i større grad.

6.3.2 Styrkende tiltak for det tverrfaglige samarbeidet

Refleksjonsgruppene og ressursgruppene informantene startet bidro til å øke kommunikasjonsflyten i samarbeidet, slik at musikkterapeuten opplevde å bli mer inkludert i utviklingen av behandlingstilbudet. Slike grupper kan bidra til å åpne for faglige diskusjoner som vil være med å utvikle behandlingstilbudet til beboerne (Vidje referert i Aftret 2008). I Stige og Kristiansen (2016) sin hybridifiseringsstrategi kan dette vise til det tredje elementet som trengs i implementeringen på sykehjemmet (s. 196). Også i indirekte musikkterapi er det et mål om å skape Refleksjon *i* handling og refleksjon *over* handling, noe disse diskusjonene bidrar til (Ottesen & Krøier, 2018, s. 6).

«5 minutters korridorprat» er også en teknikk informantene brukte for å kommunisere i travle perioder; for eksempel rett før en musikkterapi gruppe. Ved å jobbe på tvers av avdelinger opplevde musikkterapeuten dette som en viktig kommunikasjonskanal uten å måtte finne tid og rom til mer offisielle møter. Disse korridorpratene bidro også til å bedre det personlige samholdet mellom kollegaene. Som vist i tidligere kapitler er en slik type

kommunikasjon en sentral del av samarbeidet. Dette samsvarer med det personsentrerte perspektivet som oppfordrer til en slik type profesjonell inkludering (Rokstad, 2021, s. 309). Slike korridorprater i løpet av arbeidsdagen opplever musikkterapeuten vil være nyttig så lenge det ikke fortrenger annet tverrfaglig samvær.

H3: Det var liksom en rød tråd gjennom hele den arrangementet.

Det var så koselig! Det laget skikkelig god julestemning. Også hadde vi dekket bordet den dagen og vi skulle ha pinnekjøtt og ja ... Det var skikkelig julestemning med både lukt og musikk og alt liksom. så det var veldig koselig sånn time. Det er noe med den der viktigheten av å ha den musikkterapeuten i lag med oss. For vi hadde aldri klart å lage en så god stemning uten hen. Det er helt umulig rett og slett.

På avdelingens juleprosjekt opplevde H3 et godt samarbeid mellom det øvrige helsepersonellet og musikkterapeuten. Dette samarbeidet beskriver H3 som helhetlig både ovenfor beboerne, men også i det tverrfaglige samarbeidet. Slike samarbeidsprosjekt presenterer Aasgaard (2006) som styrkende tiltak i det tverrfaglige samarbeidet, for å øke samarbeidets kommunikasjon og tilnærming til konkrete mål (s. 48). Dette er et tiltak i praksis som bidrar til bedre forståelse rundt hverandres oppgaver i det tverrfaglige samarbeidet. Som Ness (2016) beskriver vil slike arbeidsoppgaver bringe med seg et ansvar ovenfor seg selv som kollega og det tverrfaglige samarbeidet, og man vil dermed kunne oppnå en gjensidig relasjon som vil være viktig i veien mot målet.

For å formidle musikkterapiens fagkunnskap er det viktig at musikkterapeuten blir inkludert og sett på de tverrfaglige møtearenaene. Som vist tidligere i avsnittet kan manglende inkludering blant annet føre til at musikkterapeuten får færre henvisninger til musikkterapi. Ved at musikkterapeuten blir inkludert i møtesettinger som tar for seg konkrete agendaer og samarbeidsprosjekter hvor avdelingen har ett og samme mål, vil også forståelsen for hva musikkterapi kan bidra med, øke. Dette vil være med å bidra til det jeg skal presentere videre i drøftingsdelen; en tverrfaglig omsorgskultur.

6.4 En tverrfaglig omsorgskultur

Jeg har tidligere i dette kapitlet tatt for meg de tre elementene i *en tverrfaglig omsorgskultur; forståelse for musikkterapi som fagfelt, forståelse for hverandres roller i et musikkterapeutisk samarbeid, og prioritere tid og arena for å formidle hva musikkterapi er,*

for å forsøke å svare på min problemstilling: *Hva skal til i samarbeidet mellom musikkterapeut og det øvrige helsepersonell for at beboere på demensavdelinger skal få best mulig opplevelse av å delta i musikkterapigrupper?*

Jeg vil videre i dette kapittelet utforske begrepet *en tverrfaglig omsorgskultur*, som et mulig svar på hvordan beboere på en demensavdeling kan få en best mulig opplevelse av musikkterapigruppen. Tematikken i en tverrfaglig omsorgskultur vil naturlig nok handle om flere elementer enn forståelse, men på grunn av plassmangel og oppgavens empiri har jeg valgt å fokusere på forståelse som en grunnmur i et tverrfaglig samarbeid. Andre temaer som har blitt presentert i oppgaven er blant annet; kommunikasjon, tillit, gjensidighet i samarbeidet, og konkrete tilnærminger til beboerne.

Omsorgskultur var et begrep som fanget min interesse i intervjuet med musikkterapeutinformanten. Hvilken type omsorgskultur som er til stede på avdelingen handler blant annet om hvilke tidligere kulturelle arbeidsforhold og rutiner som har vært til stede på avdelingen. Som nevnt kan allerede etablerte kulturer på en avdeling være en avgjørende faktor for hvordan denne omsorgskulturen videreutvikler seg. I musikkterapeutinformanten beskrivelse av *vårt [felles] ansvar* er det et poeng at det tverrfaglige samarbeidet baserer seg på et felles mål om og ansvar for å oppnå et best mulig behandlingstilbud for beboerne. musikkterapeutinformanten mener derfor at faktorer som tilrettelegging for beboerens individuelle behov vil være viktige for å få en best mulig omsorgskultur på avdelingen.

Pleiekultur er et begrep Stige og Kristiansen (2016) har benyttet seg av for å beskrive det helsefaglige arbeidet på et sykehjem (s. 19). For at arbeidet skal oppleves som helhetlig vil det være viktig for musikkterapeuten å være en del av denne pleiekulturen. Samtidig er ikke begrepet pleiekultur et begrep som omfatter andre yrkesgrupper enn helsefaglige yrker som sykepleier og helsefagarbeider. I et tverrfaglig samarbeid mellom det øvrige helsepersonellet og musikkterapeuter opplever jeg at begrepet omsorgskultur vil være mer passende. En omsorgskultur kan være et mer omfattende ord som mer presist betegner den helhetlige omsorgen ovenfor beboerne. En tverrfaglig omsorgskultur vil derfor beskrive det helhetlige samarbeidet mellom de forskjellige yrkesprofesjonene på en demensavdeling.

Alle helsefaglige informanter var klar i uttalelsen sin på hvor viktig deres tilstedeværelse var i musikkterapigruppene for at beboerne skulle få en positiv virkning av terapien. Flere av mine kilder bekrefter viktigheten av samhandling i diverse situasjoner, og at avdelingens fellesmål blir lettere oppnådd i slike samhandlinger (O'Kelly, 2007; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008 - 2009; Myskja, 2006; Helsedirektoratet, 2019; Aasgaard, 2006;

Kitwood, 1997; Rokstad, 2021; Ottesen & Krøier, 2018). Det vil derfor være naturlig å påstå at for å utøve en best mulig musikkterapeutisk gruppetime er musikkterapeuten avhengig av det øvrige helsepersonellet, som har en forståelse for hvilke rammer gruppen trenger.

Flere steder i oppgaven har jeg løftet fram et sitat som beskriver det kollektive tverrfaglige ansvaret som ligger hos det øvrige helsepersonellet og musikkterapeuter. Sitatet presenterer musikkterapeutens refleksjon rundt ansvaret de har rundt en musikkterapi gruppe.

*M: For det er jo på en måte **våres** (min utheving) ansvar som ansatte som helsepersonell, og som musikkterapeut. Det er faktisk **vårt** (min utheving) ansvar å tilrettelegge å gjøre det mulig for den enkelte å delta på sine premisser og tilrettelegge for at det er gode rammer og/eller en god sånn omsorgskultur for alt som heter aktivitet da, og som heter miljø. Det viktigste i den situasjonen var jo det at vi fikk mulighet til å snakke om det i ettertid og si at «oi, det her ikke var greit». Hen ble så fortvilet av det her, hen ble urolig, hen ble utrolig lei seg. Her har vi ikke gjort jobben **våres** (min utheving) godt nok. Det er et stort ansvar og det er et felles ansvar som man har kollektivt, og det er veldig sårbart.*

I musikkterapeutens sitat beskriver hen at det viktigste de gjorde i ettertid av gruppen var å ha en evaluering om de positive og negative aspektene med gruppen. En slik refleksjon i samarbeidet kan sees i lys av Schön referert i Ottesen & Krøier (2018) sin teori om refleksjon i handling og refleksjon *over* handling, som kan bidra til et åpent og lærerikt samarbeid (s. 6). Også i Myskja (2006) sitt prosjekt om integrering av musikkterapi er kommunikasjon og inkludering to viktige faktorer for en god utvikling av behandlingstilbudet, og ikke minst for å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid (ss. 188-189).

Å være et *vi* i det tverrfaglige samarbeidet blir beskrevet gjennom hele diskusjonsdelen som et viktig element for å ikke få opplevelsen av å jobbe *enfaglig*. Sitatet over tydeliggjør nettopp hvor viktig et slikt kollektivt ansvar er for å gi et best mulig behandlingstilbud for beboerne. Dette kollektive ansvaret ser vi også i forskningen som blir presentert i oppgaven (Gjersdal et al., 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008 - 2009; Myskja, 2006; Helsedirektoratet, 2019; Aasgaard, 2006; Rokstad, 2021; Ottesen & Krøier, 2018; Stige & Kristiansen, 2016).

I Kitwood (1997) sin modell illustreres det hvor avhengig hvert element i modellen er av hverandre for å fungere (se side 21) (s. 81). Dersom ett element mister sin funksjon i pleien, vil ikke de andre elementene få den samme effekten. Denne omsorgsfilosofien har

som mål om dekke behovet for kjærlighet, og vil derfor være avhengig av de fem andre behovene for å nå dette. For å oppnå en tverrfaglig omsorgskultur er de tre elementene i min modell på tilsvarende måte gjensidig avhengig av hverandre. Om ett faller fra i samarbeidet skaper det utfordringer for det tverrfaglige samarbeidet. Musikkterapi kan være et positivt bidrag til det tverrfaglige teamet, og ikke minst til behandlingstilbudet til beboere på en demensavdeling. Dette vil også være med på å bidra til at musikkterapeuten blir mer inkludert i samarbeidet som en del av avdelingens grunnleggende team. Ut ifra dette opplever jeg at en tverrfaglig omsorgskultur baserer seg på et inkluderende og tillitsbasert samarbeid, hvor *forståelse for musikkterapi som fagfelt, forståelse for hverandres roller i et musikkterapeutisk arbeid, og prioritere tid og arena for å formidle hva musikkterapi er*, er nøkkelfaktorer for å tilby et godt behandlingstilbud for beboerne.

7.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg presentert en modell som tar for seg musikkterapiens rolle og forståelse for musikkterapi i en tverrfaglig omsorgskultur. For å svare på min problemstilling kom jeg frem til at begrepet forståelse var en viktig faktor for at beboerne i musikkterapigruppen skal få en best mulig opplevelse, og kom derfor frem til faktorene: *forståelse for musikkterapi som fagfelt, forståelse for hverandres roller i et musikkterapeutisk arbeid, og tid og arena for å formidle hva musikkterapi er*. Oppgaven er med på å belyse hvordan forståelsen i et tverrfaglig samarbeid kan påvirke hverandres arbeid på avdelingen. Gjennom min empiri og teori har jeg vist at musikkterapeuter er avhengig et godt tverrfaglige samarbeid for at beboerne skal få et best mulig behandlingstilbud gjennom musikkterapi.

Et viktig aspekt ved disse tre elementene er at de kan sees i sammenheng med andre yrkesprofesjoner. Jeg vil hevde at økt forståelse for hva musikkterapi som fag *er* på en demensavdeling også vil kunne bidra til at det øvrige helsepersonellet får en større forståelse for hva beboerne trenger for å få en bedre opplevelse og nytteverdi av musikkterapigruppen. Som musikkterapeutinformanten min forteller, vil det øvrige helsepersonellsets holdning og handling i det tverrfaglige samarbeidet være en viktig faktor for at musikkterapi skal lykkes. Alle informantene forteller at en holdning rundt det å være lærevillig, nysgjerrig og åpen er viktig for at det tverrfaglige samarbeidet skal bli bedre. En god forståelse for hverandres fag, og ikke minst musikkterapi som fag og yrke, vil være med å bidra til et bedre utgangspunkt for det videre samarbeidet på avdelingen.

Jeg har gjennom denne forskningsprosessen opplevd at forståelse i det tverrfaglige samarbeidet har blitt forsket lite på. Basert på min litteratur og mine teorier er det ingen av de som baserer seg på forståelse i det tverrfaglige samarbeidet, men heller forskjellige faktorer som vil bidra til et bedre samarbeid. Selv om det er begrenset hvor stor overføringsverdi en så liten studie som jeg har gjort har, mener jeg har empirien min peker på tanker og refleksjoner og opplevelser som kan være viktig i videre forskning.

Gjennom denne forskningsprosessen har jeg lært mye om hvor viktig forståelse er i det tverrfaglige samarbeidet for at beboerne skal få en best mulig opplevelse at musikkterapigruppen. Som Ruud (2018) forteller, har musikkterapeuter bevisst har unngått profesjonskamper for å beskytte sin egen kompetanse. Ut fra min empiri og teori opplever jeg at det er på tide å formidle musikkterapiens særegne kompetanse på en respektfull og inspirerende måte. For å få det til er det behov for at det tverrfaglige teamet tilegner seg forståelse for musikkterapi som fag, forståelse for hverandres rolle i et musikkterapeutisk samarbeid og ikke minst, tid og arena til å formidle hva musikkterapi er.

Bibliografi

- Aftret, K. (2008). Samspill - om musikkterapeuten i kommunen. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse - 30 år med musikkterapi* (ss. 243-252). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Aldring og helse - nasjonal kompetansetjeneste. (2020). *Aldring og helse - nasjonal kompetansetjeneste*. Hentet fra Miljøbehandling:
<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/miljobehandling/>
- Aldring og helse - nasjonal kompetansetjeneste. (2020). *Aldring og helse - nasjonal kompetansetjeneste*. Hentet fra Personsentrert omsorg:
<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/>
- Aldring og helse - nasjonalt kompetansetjeneste. (2019, oktober 30). *Aldring og helse*. Hentet fra 73 er det nye 65: <https://www.aldringoghelse.no/73-er-det-nye-65/>
- Andaur, K. (2019). *Norsk forening for musikkterapi*. Hentet fra Ny folkehelsemelding:
<https://www.musikkterapi.no/nyheter/folkehelsemeldingen>
- Ansdell, G. (2014). Aspects of Musical Experience. I G. Ansdell, *How Music Helps - in Music Therapy and Everyday Life* (ss. 65-79). New York, USA: Ashgate Publishing.
- Ansdell, G. (2014). The musical experience. I G. Ansdell, *How Music Helps - in Music Therapy and Everyday Life* (ss. 53-64). New York, USA: Ashgate Publishing.
- Aasgaard, T. (2006). *Musikk og helse*. Oslo: J.W Cappelens forlag .
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research of Psychology*, ss. 77-101.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy*. USA: Barcelona Publishers .
- Bunt, L., & Stige, B. (2014). The growth of music therapy. I L. Bunt, & B. Stige, *Music therapy - Art beyond words* (ss. 5-28). New York, NY: Routledge.
- Dahl, Ø. (2018, Desember 12). *Norwegian digital learning arena*. Hentet fra Paralingvistikk:
<https://ndla.no/en/subjects/subject:18/topic:1:185337/topic:1:53961/resource:1:54120?filters=urn:filter:18569f4e-5901-472a-96a0-b06c09b201fb>
- Dahl, Ø. (2019, januar 17). *Forståelsessirkelen*. Hentet fra Nasjonal digital læringsarena:
<https://ndla.no/subject:18/topic:1:193544/topic:1:82742/resource:1:82759?filters=urn:filter:b9e86c43-93b8-49e9-81af-09dbc7d79401>
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ). (2020, Mars 19). *Rolleforståelse*. Hentet fra Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ):

- <https://dfo.no/fagomrader/etats-og-virksomhetsstyring/etatsstyring/veileder-i-etatsstyring/roller-og-ansvar/3-1-rolleforstaelse>
- Ebdrup, N. (2012, Februar 27). *Hva er hermeneutikk?* Hentet fra Forskning.no:
<https://forskning.no/filosofiske-fag/hva-er-hermeneutikk/722732>
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018). *Demens - Sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Gautun, H. (2018, Juli 9). Slik bør vi møte eldrebølgen. (H. Ertzeid, S. Balci, & S. Nøra, Intervjuere)
- Ghetti, C. (2015). Phenomenological Research in Music Therapy. I J. Edwards, *The Oxford Handbook of Music Therapy* (s. Section four). United Kingdom: Oxford university press.
- Gjøra, L., Kjelvik, G., & Strand, B. H. (2020). *Forekomst av demens i Norge*. Tønsberg: Aldring og helse - Nasjonal kompetansesenter.
- Gjersdal, T., Rosendahl, N., & Sørensen, I. (2015, 10 05). *Sykepleier i tverrfaglig samhandling*. Hentet fra NTNU Open: https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/293389/TGjersdal_NRosendahl_ISorengen_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008 - 2009). Rett behandling – på rett sted – til rett tid. *Melding til stortinget - Samhandlingsreformen*. Norge: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018-2019). Folkehelsemeldinga. *gode lit i eit trygt samfunn*. Norge.
- Helsedirektoratet. (2019, Februar 11). *Helsedirektoratet*. Hentet fra Oppfølging av personer med store og sammensatte behov:
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered - The person comes first*. New York, NY: Open University Press.
- Knoblauch, H. (2005, September). Focused Ethnography. *Forum: Qualitative social research*.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju - utgave 3*. Oslo: Gyldendag akademisk.

- Kvamme, T. S. (2020). Musikkterapi og personer med demens. I T. S. Kvamme, *Å finne tonen - om musikk og demens* (ss. 96-100). Tønsberg: Aldring og helse - nasjonal kompetansetjeneste.
- Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations . *international Journal of Qualitative Methods*, ss. 21 - 35.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). (2021, januar 1). § 3-1. *Pasientens eller brukerens rett til medvirkning*. Hentet fra Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven): https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Michel, D. E. (1976). Music Therapy: An introduction to therapy and special education through music. Springfield, Ill: Charles C. Thomas.
- Myskja, A. (2006). Individualisert musikk og musikk i siste livsfase - to prosjekter i eldreomsorgen . I A. Trygve, *Musikk og helse* (ss. 173 -200). Oslo: J.W Cappelens Forlag.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2020, Desember 9). *Nasjonalforeningen for folkehelsen*. Hentet fra Hva er demens: <https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>
- Ness, O. (2016, april 26). *Nasjonal kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. Hentet fra Samarbeid eller samhandling? Er det noen forskjell?: <https://www.napha.no/content/14929/samarbeid-eller-samhandling-er-det-noen->
- Norsk forening for musikkterapi. (2019, januar 31). *Norsk forening for musikkterapi*. Hentet fra Møte i Firepartsamarbeidet : <https://www.musikkterapi.no/nyheter/firepartsamarbeidet>
- O'Kelly, J. (2007). Multidisciplinary perspectives of music therapy in adult palliative care. *Palliative Medicine*.
- Ottesen, A. M., & Krøier, J. K. (2018). Omsorgsgiveres tavse viden om brug af sang og musik i demensomsorgen. *Dansk Musikkterapi*, ss. 4 - 13.
- Regjeringen. (2017, desember 11). *Regjeringen*. Hentet fra Samarbeid i offentlig sektor: <https://www.regjeringen.no/no/tema/naringsliv/konkurransopolitikk/offentlige-anskaffelser-/andre-kolonne/samarbeid-i-offentlig-sektor/id2556548/>
- Ridder, H. M. (2016). Musik i et personcentrert perspektiv. I B. Stige, & H. M. Ridder, *Musikkterapi og eldre helse* (ss. 38-44). Oslo: Universitetsforlaget .
- Ridder, H. M. (2016). Musikkterapi i en psykososial demensomsorg i plejebolig. I B. Stige, & H. M. Ridder, *Musikkterapi og eldre helse* (ss. 133-145). Oslo: Universitetsforlaget.

- Rokstad, A. M. (2021). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rokstad, A. M., & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I K. Engedal, & P. K. Haugen, *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (ss. 300 - 312). Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Roschelle, J., & Teasley, S. D. (1995). *The Construction of Shared Knowledge in Collaborative Problem Solving*. Hentet fra SpringerLink: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-642-85098-1_5
- Ruud, E. (2018). *Norsk forening for musikkterapi*. Hentet fra Kronikk: Lik, men unik : <https://www.musikkterapi.no/nyheter/kronikk-lik-men-unik>
- Sandve, O., & Enge, K. (2014). Musikkterapeutens rolle vs. andre faggruppers rolle. . *Samarbeid for forskning og kunnskapsutvikling om musikk, musikkterapi og eldrehelse*. Norge: GAMUT - griegakademiets senter for musikkterapiforskning, Uni Research Helse.
- Simonsen, H. G. (2019, Februar 20). *Store norske leksikon*. Hentet fra Prosodi: <https://snl.no/prosodi>
- Sletnes, K. B. (2021, mars 18). *Forståelse*. Hentet fra Store norske leksikon : <https://snl.no/forståelse>
- Stedje, K. (2010). Lyd og ulyd - Lydmiljø i sykehjem. *Demens & Alderspsykiatri*, ss. 16-17.
- Stige, B., & Kristiansen, F. (2016). Etablering og forankring av musikkterapitilbud. I B. Stige, & H. M. Ridder, *Musikkterapi og Eldrehelse* (s. Kapittel 17). Oslo: Universitetsforlaget.
- Stige, B., & Ledger, A. (2016). Ethnographic Research. I K. W. Murphy, *Music Therapy Research* (s. kapittel 37). Barcelona Publishers.
- Stige, B., & Ridder, H. M. (2016). Musikk som mulighet og rettighet. I B. Stige, & H. M. Ridder, *Musikkterapi og eldrehelse* (ss. 21-27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Teigen, K. H. (2020, august 31). *opplevelse*. Hentet fra Store norske leksikon : <https://snl.no/opplevelse>
- Tjora, A. (2019, April 10). *Store norske leksikon*. Hentet fra sosiologi: <https://snl.no/sosiologi>
- Universitetet i bergen. (2020, november). *SAFE (sikker adgang til forskningsdata og e-infrastruktur)*. Hentet fra Universitetet i Bergen: <https://www.uib.no/safe>

Vedlegg 1

Bekreftelse på registrering i RETTE,

Risiko og ETTERlevelse i forskning og utdanningsprosjekter

| Prosjekt | | | | |
|--------------------------------|--|------------------------|------------|------------|
| Id | S605 | | | |
| Navn | Musikterapi i møte med det tverrfaglige samarbeidet på en demensavdeling | | | |
| Opprettet av | Stine Andrea Sognnes | | | |
| Prosjektansvarlig | Frode Aass Kristiansen | | | |
| Ansvarlig enhet | Griegakademiet - Institutt for musikk | | | |
| Nåværende status | | | | |
| Status | Bekreftet av prosjektansvarlig | | | |
| Kommentar | Prosjektet er bekreftet fra min side. veileder Frode Aass Kristiansen | | | |
| Opprettet av | Frode Aass Kristiansen | | | |
| Oppdatert | 2021-04-02 13:35:13 | | | |
| Statushistorikk | | | | |
| Status | Kommentar | Opprettet av | Opprettet | Oppdatert |
| Bekreftet av prosjektansvarlig | Prosjektet er bekreftet fra min side. veileder Frode Aass Kristiansen | Frode Aass Kristiansen | 02-04-2021 | 02-04-2021 |
| Registrert | Denne statuses er automatisk satt av systemet. | System User | 19-02-2021 | 19-02-2021 |

Vedlegg 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Musikkterapi i møte med det tverrfaglige samarbeidet på en demensavdeling

Dette er et spørsmål til deg om å delta i mitt forskningsprosjekt tilknyttet min masteroppgave i musikkterapi ved Griegakademiet. Prosjektets mål er å oppnå kunnskap om det tverrfaglige samarbeidet mellom musikkterapeuter og helse- og omsorgsarbeidere på en demensavdeling.

Bakgrunn og formål

Tverrfaglige samarbeid kan være avgjørende for hvordan beboernes og de ansattes tilværelse vil være på et sykehjem. Sammenlignet med pleieryrke, er musikkterapi relativt nylig etablert. I mitt prosjekt ønsker jeg å se på hva som ikke fungerer, og ikke minst hva som fungerer i den tverrfaglige arbeidshverdagen. Formålet med prosjektet er å se hvordan et slikt tverrfaglig samarbeid kan styrke hverandres arbeid.

Hva innebærer deltakelsen?

I dette prosjektet er jeg interessert i deltakerens tverrfaglige møte med helsepersonell/musikkterapeuter. Jeg er interessert i deltakerens positive og negative opplevelser ved samarbeidet.

For å oppnå best mulig forståelse av det tverrfaglige samarbeidet hos dere, ønsker jeg å gjennomføre telefonintervju med 4 personer; én musikkterapeut og 3 pleiere. Etter telefonintervjuene ønsker jeg å gjennomføre en observasjon i en musikkterapi gruppe på deres avdeling og deretter ha oppfølgingsintervju med musikkterapeut og én pleier. Dersom restriksjonene rundt Covid – 19 situasjonen ikke tillater observasjon, blir observasjonen avlyst og det vil bare være telefonintervjuene som gjelder. Intervjuet vil være semi – strukturert, som betyr at det vil være rom for åpne spørsmål. Telefonintervjuet vil vare mellom 45 – 60 minutter og vil bli tatt opp på bånd. Under observasjonen vil jeg notere på PC.

Jeg har bevisst valgt å ikke benytte lydopptak eller videoopptak under observasjonen for å bevare beboernes, og andre ansatte som ikke ønsker å delta i prosjektet, anonymitet. Som verktøy i intervjuene vil jeg bruke opptaker og notatblokk. Derfor er det viktig at taushetsplikt ovenfor kollegaer og beboere blir opprettholdt. Dette innebærer blant annet fødselsinformasjon, adresser og slektskapsforhold.

Observasjonen og intervjuene blir gjennomført i månedsskifte januar/februar, med forbehold om endring med tanke på Covid – 19 situasjonen. Observasjonen blir gjennomført så fort Covid – 19 situasjonen tillater det.

Hva skjer med opplysningene om deg?

Opplysningene om deg blir brukt i henhold til prosjektets formål. Alle dine personlige opplysninger vil gjennom hele prosjektet bli anonymisert og behandlet konfidensielt. Du har til en hver tid rett til å få innsyn på dine opplysninger.

Notater fra intervjuene vil bli skrevet over digitalt. Opptak og notater vil bli lagret på UiB SAFE, Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur, som er løsning for sikker behandling av sensitive personopplysninger. Alle opplysninger som notater, lydopptak og personopplysninger vil bli slettet etter endt prosjekt.

Frivillig deltakelse

For å delta i forskningsprosjektet skriver du under en samtykkeerklæring. Ved spørsmål i forbindelse med prosjektet kan du ta kontakt på meg E – post eller på telefon.

Deltakelsen er frivillig og du kan uten grunn trekke deg fra prosjektet.

Studien er meldt til RETTE, Universitetet i Bergens registreringsordning for forskningsprosjekter, Den 14.10.2020

Med vennlig hilsen

Stine Andrea Sognnes

Samtykkeskjema

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

Jeg bekrefter med dette at jeg har mottatt informasjon om studien til Stine Andrea Sognes, som vil inngå i hennes masterprosjekt på universitetet i Bergen, og er villig til å delta

Dato

Signatur

Vedlegg 3

Intervjuguide

Intervjuguide

Musikkterapiens tverrfaglige samarbeid på en demensavdeling

I dette prosjektet er jeg interessert i deltakerens tverrfaglige møte med helsepersonell/musikkterapeuter. Jeg er interessert i deltakerens positive og negative opplevelser ved samarbeidet.

Intervjudelen av masteroppgaven vil ta for seg semistrukturert intervju med 4 utvalgte personer som jobber på en demensavdeling. Dette vil innebære én musikkterapeut og 3 pleiere som jobber på samme avdeling.

Foreløpig problemstilling for studien:

Hvordan kan et godt tverrfaglig samarbeid med helse -og omsorgsarbeidere styrke/skape det musikkterapeutiske arbeidet?

I forkant av intervju (5 – 15 minutter):

1. Ønske velkommen og gi rom for løs prat for å skape en relasjon med deltakeren
2. Informere om studiens tema og fortelle hvorfor jeg er opptatt av temaet
3. Hvordan lydopptaket fungerer
4. Tidsramme (45 – 60 minutter)
5. Informere om taushetsplikt
6. Dersom liveintervju: informere hvilke restriksjoner som er relatert til Covid -19. håndvask, ~~åndsprit~~, munnbind og god avstand.
7. Spørre om deltakeren har noen spørsmål

Intervju (40 – 60 minutter)

VIGNETT FRA USA

1. Kan du beskrive hvilke yrkesgrupper som er på avdelingen
 2. Når samarbeider du med disse yrkesgruppene
 3. Hvordan syntes du det tverrfaglige samarbeider fungerer i dag?
 4. Har du noen opplevelser der det tverrfaglige samarbeider ikke fungerte?
 - a. Hvordan løste dere det?
 5. Har du i din profesjonelle arbeidshverdag opplevd en form for hierarki?
 - a. Med dette mener jeg om du som arbeidstaker har opplevd å ikke bli tatt på alvor i en tverrfaglig kontekst
 6. Hva gjør du for å bidra til det tverrfaglige samarbeidet?
 - a. Liker du å arbeide tverrfaglig
 - b. I hvilke sammenhenger jobber du slik
 7. *Dere har en musikkterapigruppe på deres avdeling.* Har du noen gang deltatt på gruppen? Merker du at det er MT når det foregår? Hvordan syntes du disse gruppene fungerer?
 8. *MT:* Når du har en musikkterapigruppe som ikke går som du ønsker, bidrar pleierne til å få gruppen til å gå bedre?
 9. *MT:* Når du har en musikkterapigruppe som ikke går slik du ønsker, hvilke tiltak gjør du for at den skal bedre seg. Både underveis i grupper og i ettertid.
 10. Når dere har en musikkterapigruppe på deres avdeling, hva tror du er viktig for at det skal fungere best mulig?
 - a. Er det noen faktorer du tenker kan være forstyrrende for beboerne?
 - b. Kan du fortelle litt om lyd miljøet på avdelingen? |
-
11. Kan du beskrive din arbeidshverdag med 3 ord (med tverrfaglig samarbeid til grunn)
 12. kan du beskrive det tverrfaglige samarbeidet med ett ord

Intervju (40 – 60 minutter)

1. kan du beskrive hvilke yrkesgrupper som er på avdelingen
2. Når samarbeider du med disse yrkesgruppene
3. Hvordan syntes du det tverrfaglige samarbeider fungerer i dag?
4. Har du noen opplevelser der det tverrfaglige samarbeider ikke fungerte?
 - a. Hvordan løste dere det?
5. Har du i din profesjonelle arbeidshverdag opplevd en form for hierarki?
 - a. Med dette mener jeg om du som arbeidstaker har opplevd å ikke bli tatt på alvor i en tverrfaglig kontekst
6. Hva gjør du for å bidra til det tverrfaglige samarbeidet?
 - a. Liker du å arbeide tverrfaglig
 - b. I hvilke sammenhenger jobber du slik
7. Dere har en musikkterapigruppe på deres avdeling. Har du noen gang deltatt på gruppen? Merker du at det er MT når det foregår? Hvordan syntes du disse gruppene fungerer?
8. PLEIER: Er det noen ganger du har opplevd at musikkterapigruppen **ikke** har hjulpet deg i din arbeidshverdag?
 - a. Hvis ja, tok du dette opp med musikkterapeuten? Hvordan? Snakket du med noen andre om det og ikke MT?

MT: Når du har en musikkterapigruppe som ikke går som du ønsker, bidrar pleierne til å få gruppen til å gå bedre?
9. PLEIER: Er det noen ganger du har opplevd at musikkterapigruppen **har** hjulpet deg i din arbeidshverdag? Har du et godt eks med hvordan dette kan hjelpe med å roe beboere? Eller hvor du fikk konsentrert deg om det praktiske/organisatoriske arbeidet?

MT: Når du har en musikkterapigruppe som ikke går slik du ønsker, hvilke tiltak gjør du for at den skal bedre seg. Både underveis i grupper og i ettertid.
10. Når dere har en musikkterapigruppe på deres avdeling, hva tror du er viktig for at det skal fungere best mulig?
 - a. Er det noen faktorer du tenker kan være forstyrrende for beboerne?
 - b. Kan du fortelle litt om lydmiljøet på avdelingen?
11. Kan du beskrive din arbeidshverdag med 3 ord (med tverrfaglig samarbeid til grunn)
12. kan du beskrive det tverrfaglige samarbeidet med ett ord

Oppfølgingsintervju

Oppfølgingsintervju

- Finn en konkret musikkterapigruppe som har gitt inntrykk på deg positivt/negativt
- Gjenfortelle et kort sammendrag av timen
 - Deltakere: pasienter/pleiere
 - Hvorfor valgte du akkurat denne timen?
 - hva var bra, hva var dårlig?
 - Hvilke utenforstående forstyrrende faktorer var til stede?
 - f eks lyder
- Hvor ofte opplever du en slik time som dette?
 - Hvis ja: Hvorfor tror du det er slik?
- Føler du at du har med den kunnskapen du har innhentet deg oppgjennom årene har påvirket hvordan du ser på musikkterapi som profesjon?

Hvis vi får tid:

Vi hadde besøk av en gjesteforeleser som fortalte følgende:

«Musikkterapi vil aldri bli en del av en grunnbemanning. Det er trist, men musikkterapi blir sett mer som en luksusvare».

Kari Aftret skrev i boken: 30 år med musikkterapi, 2008, følgende:

Da jeg jeg fikk jobb i en landsbykommune med 13 000 innbyggere i 1992, visste få i kommunen hva slags kompetanse en musikkterapeut hadde, og hva jeg som fagperson kunne bidra med. Utgangspunktet for ansettelsen var mer det jeg beskriver som en følelse hos min daværende sjef, nemlig at en musikkterapeut satt inne med en særegen kompetanse (...). Utover denne følelsen var min oppfatning at det var lite kunnskap i kommunen om hvilken kompetanse en musikkterapeut hadde. (...) Jeg tror mange musikkterapeuter kjenner seg igjen i mine beskrivelser av musikkterapeutisk forankring i kommunal praksis. Fortsatt sliter vi med et fag som er lite kjent og utbredt, og kunnskapen om musikkterapiens egenart og hva slags kompetanse en musikkterapeut innehar er mangelfull rundt i landets kommuner. Side 243-248