

Organisering av norsk musikkterapi i pediatri

En kvalitativ intervjuundersøkelse

Stine Camilla Blichfeldt Ærø

Masteroppgave i musikkterapi

Norges Musikkhøgskole

2016

Sammendrag

Denne oppgaven er en kvalitativ undersøkelse som beskriver og undersøker forholdene for norsk musikkterapi i pediatri i et organisasjonsperspektiv. Gjennom intervjuer med musikkterapeuter og ledere ved fem sykehus i Norge, beskrives varierte erfaringer knyttet til organisatorisk tilknytning, klinisk praksis og fagutvikling. Kunnskap fra organisasjonsteori brukes som utgangspunkt for å forstå musikkterapiens utfordringer og muligheter på dette fagfeltet. I oppgaven antydes en sammenheng mellom organisatoriske forhold, faglig rolle og mulighet for fagutvikling, hvor elementer som lederstruktur, målarbeid og kommunikasjon fremstår som sentrale. I oppgavens siste del legges det frem forslag til konkrete tiltak for god integrering av musikkterapi i pediatri i fremtiden.

Abstract

This thesis is a qualitative study describing and exploring the conditions of Norwegian music therapists in pediatrics within the perspective of organization theory. It describes various experiences concerning organizational affiliation, clinical practice and professional development. The data collection includes interviews with music therapists and their leaders in five Norwegian hospitals. Knowledge from organization theory is used to understand challenges and possibilities within this area of the music therapy practice in the hospitals. The thesis suggests that there is a close connection between organizational structure, professional role and possibilities for professional development that affects the working conditions for the music therapists. The structure of the leadership, the institution's goals with the music therapy, and structures of communication emerge as important elements to provide a fruitful practice. In the end, the thesis suggests measures that could enhance the integration of music therapy in pediatrics.

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har først og fremst vært en stor glede. Det å være student igjen, etter mange år med klinisk praksis, har gitt meg nye perspektiver og verktøy, samt retning og energi til videre utvikling som musikkterapeut. En slik mulighet til å fordype seg i problemstillinger som har vært en del av arbeidshverdagen i lang tid, unner jeg enhver over 40, og jeg skylder Lars Ole Bonde en stor takk for å ha veiledet og oppmuntret meg til å gå komme i gang med dette studiet.

Mange flere har vært involvert i prosessen underveis, og fortjener en takk.

Takk til informantene som har deltatt med sine tanker, kunnskap og erfaringer. Nettverket for musikkterapi i pediatri har eksistert i mange år, med til dels ulike aktører, og uten våre faglige utvekslinger hadde denne oppgaven aldri engang blitt påtenkt!

Jeg er veldig takknemlig for at jeg har blitt tatt inn i varmen av masterklassen ved NMH, som eneste student på deltid disse to årene. Takk for god stemning, interessante diskusjoner og småprat i kantina – dere er en framifrå gjeng!

Karette Stensæth har vært min eminente veileder gjennom denne prosessen. Tusen takk for din trygge tilstedeværelse, klare kommunikasjon og alle faglige innspill. Du har forstått akkurat hva jeg trenger av støtte, innspill og klar struktur for å virke best mulig.

Tusen takk til Trygve Aasgaard, som har æren for at jeg jobber innen pediatrifeltet i det hele tatt, og som gang på gang gir meg muligheten til å komme videre, gjennom utrettelig støtte og ros, samarbeid og samspill. Og så - Tone Leinebø, min kjære kollega som gir meg uendelige mengder inspirasjon og oppmuntring, fliring og avsporing, samspill og utviklende fagdiskusjoner dag ut og dag inn. Min Robbins – tusen takk!!

Til sist vil jeg takke familien. Takk til min egen gjeng, Arnfinn, Elias, Isak, Hauk og Linus, for heiiing og tålmodighet med å ha enda en student i hus. Takk også til mine foreldre og fantastiske søskenflokk for døgnåpne tjenester innen omsorg og faglige diskusjoner.

Vårli, mai 2016

Stine Camilla Blichfeldt Ærø

Innholdsfortegnelse

ORGANISERING AV NORSK MUSIKKTERAPI I PEDIATRI.....	6
INNLEDNING	6
BAKGRUNN	7
PROBLEMSTILLING.....	9
DEFINISJONER AV SENTRALE BEGREPER.....	10
<i>Organisering og Organisasjon</i>	<i>10</i>
<i>Pediatric.....</i>	<i>11</i>
<i>Profesjon</i>	<i>11</i>
<i>Musikkterapi.....</i>	<i>11</i>
<i>Musikkterapeut.....</i>	<i>13</i>
<i>Helse.....</i>	<i>13</i>
METODE OG VITENSKAPSTEORI.....	15
HERMENEUTIKK OG HUMANISME.....	15
METODISKE VURDERINGER.....	17
<i>Kvalitativ metode.....</i>	<i>17</i>
<i>Utvalg av informanter</i>	<i>19</i>
<i>Spørreskjema.....</i>	<i>20</i>
<i>Kvalitativt intervju.....</i>	<i>20</i>
<i>Systematisk tekstkondensering</i>	<i>21</i>
ETISKE ASPEKTER	22
TEORI.....	24
LITTERATURSØK.....	24
ORGANISASJON.....	26
<i>Formelle elementer</i>	<i>26</i>
<i>Uformelle elementer</i>	<i>27</i>
<i>Prosesser i organisasjonen</i>	<i>27</i>
<i>Ledelse</i>	<i>28</i>
PROFESJON	29
<i>Musikkterapiprofesjonen.....</i>	<i>30</i>
KLINISK PEDIATRISK MUSIKKTERAPIPRAKSIS	30
RESULTATER AV DATAINNSAMLING	34
MUSIKKTERAPEUTER	34
<i>Musikkterapeutene om ledelse og organisering</i>	<i>34</i>
<i>Musikkterapeutene om deres rolle og funksjon.....</i>	<i>35</i>
<i>Musikkterapeutene om fagmiljø og fagutvikling.....</i>	<i>37</i>
<i>Musikkterapeutene om visjon.....</i>	<i>38</i>
LEDERE	38
<i>Lederne om ledelse og organisering.....</i>	<i>39</i>
<i>Lederne om musikkterapeutens rolle og funksjon</i>	<i>39</i>
<i>Ledere om musikkterapeutenes fagmiljø og fagutvikling</i>	<i>40</i>
<i>Lederne om visjon.....</i>	<i>41</i>
LOKASJONENE	41
ANALYSE OG DISKUSJON	43
SYSTEMTEORI I PRAKSIS	43
DE STORE LINJENE I ORGANISERINGEN	44
<i>Strategi og struktur - generelt.....</i>	<i>46</i>
<i>Ledelsesnivå i teori og praksis</i>	<i>47</i>
<i>Målarbeid i teori og praksis</i>	<i>48</i>
<i>Prosesser: Motivasjon, ansvar og beslutninger.....</i>	<i>50</i>

DEN KLINISKE HVERDAGEN	53
<i>Klinisk pediatriisk musikkterapi praksis i Norge og i utlandet</i>	53
<i>Kommunikasjon og forståelse</i>	56
<i>Musikkterapien i et tverrfaglig perspektiv</i>	57
<i>Musikkterapeutrollen i et profesjonsperspektiv</i>	58
<i>Sammenhenger mellom målarbeid, kommunikasjon og faglig rolle</i>	60
KVALITET OG FAGUTVIKLING	61
<i>Fagutvikling – en nødvendighet i profesjonen</i>	61
<i>Varierende forutsetninger for fagutvikling</i>	62
<i>Evidensbasert praksis og standardisert dokumentasjon som verktøy</i>	63
<i>Ønsker om mer spisset fagutvikling</i>	65
<i>Tiltaksforslag for god integrering av musikkterapi i pediatri</i>	66
KRITISK BLIKK PÅ EGEN FORSKNING	68
KONKLUSJON	71
LITTERATURLISTE	73
VEDLEGG	
<i>Vedlegg nr. 1: GODKJENNING NSD</i>	76
<i>Vedlegg nr. 2: INFORMASJON OG SAMTYKKESKJEMA</i>	77
<i>Vedlegg nr. 3: SPØRRESKJEMA</i>	79
<i>Vedlegg nr. 4: INTERVJUGUIDE 1 & 2</i>	82
<i>Vedlegg nr. 5: DATAMATRISSE MUSIKKTERAPEUTER</i>	86
<i>Vedlegg nr. 6: DATAMATRISSE LEDERE</i>	88

ORGANISERING AV NORSK MUSIKKTERAPI I PEDIATRI

EN KVALITATIV INTERVJUUNDERSØKELSE

INNLEDNING

Som praktiserende musikkterapeut har jeg jobbet i pediatrien med barn og unge på sykehus det meste av min yrkeskarrière, og følgelig gjort meg mange erfaringer og betraktninger underveis. Selv om dette er et lite praksisfelt i Norge så har musikkterapien fått et visst fotfeste innenfor pediatrien. Da nyere musikkterapeutisk forskning i økende grad er kvantitativ i tillegg til at kvalitative metoder gradvis blir bedre og mer respektert i det medisinske miljøet, ligger det stadig bedre til rette for god faglig kommunikasjon i det tverrfaglige miljøet ved sykehusinstitusjoner (Edwards, 2005a; Hatch, 2012). Ulike profesjoner og fagmiljøer innen sykehuset har nå altså en økende kunnskap om hverandres forskningsmetoder og nytten av disse. Allikevel føler musikkterapeutene stadig at det er en utfordring å finne sin rolle og plass i sykehussystemet, både rent praktisk, og som profesjon i det tverrfaglige bildet. Eksempelvis er det i dag musikkterapeuter ved barneavdelinger som ikke har tilgang til medisinsk journal eller tverrfaglige møter, slik de gjerne skulle hatt. Det kan være vansker med å få gjennomført pasientavtaler på grunn av manglende romfasiliteter eller mangelfull koordinering med andre behandlere, musikkterapeuten blir stadig bedt om å underholde, og kan oppleve det som krevende å integrere ulike roller i sykehussettingen. Utfordringene kan sees på som eksempler på at organiseringen og strukturene innad i sykehusene ikke er beredt og tilrettelagt for den mangfoldigheten av tverrfaglig kompetanse som nå er på banen (Lauvås & Lauvås, 2004; Mangersnes, 2012; Ærø & Aasgaard, 2011).

Gjennom egen erfaring, og i nettverket for musikkterapeuter i pediatri i Norge har jeg fått et visst innblikk i hvordan musikkterapeutene er forskjellig organisert på de ulike sykehusene i dag. Musikktapistillingene er dels usikre og dels godt etablert. Det resulterer i stor variasjon med hensyn til faglig tilknytning, trygghet for stillingene og muligheter for videre utvikling av musikkterapitilbudet på den enkelte institusjon, noe som også kan føre til konsekvenser for utviklingen av fagfeltet i sin helhet. Et tilbakevendende spørsmål for nettverket er hvordan man best kan få utnyttet den

ressursen musikkterapi kan være for barn og unge på sykehus, med tanke på henvisninger, prioritering av fagområder, kommunikasjon med det tverrfaglige miljøet, og egen fagutvikling (Leinebø, 2015). Både som kliniker og forsker har jeg ønske om å bidra til en positiv utvikling i feltet. Min omfattende kjennskap til fagområdet gir meg en forforståelse som både er verdifull og utfordrende for gjennomføring av studien, og innsikt i egen forforståelse vil bli et sentralt element i prosessen.

Bakgrunn

Musikkterapi i pediatri har vært et fagområde i vekst i flere tiår, her til lands så vel som i land som USA og Australia (Bradt, 2013b; Tucquet & Leung, 2014; Ærø & Aasgaard, 2011). Også i Canada, Tyskland, Sverige og Storbritannia finner vi musikkterapeuter som jobber innen pediatri (Clark, Siden, & Straatman, 2014; Ledger, Edwards, & Morley, 2013; Aasgaard & Callaghan, 2013). De siste årene har vi i Norge sett et gjennombrudd både for musikkterapi i psykiatri og innen eldreomsorgen, hvor helsedirektoratet nå anbefaler implementering av musikkterapi i behandlingen. Vi ser også en sterk vekst av nye musikkterapeutstillinger innen rusfeltet (Stortinget.no, 2013-2014). Med dette som bakgrunn er det ikke utenkelig at en slik vekst også vil kunne gjøre seg gjeldende innen pediatrifeltet innen rimelig tid.

Det er flere spesifikke utfordringer knyttet til utviklingen av musikkterapipraksis innen somatisk medisinske miljøer. Hovedtyngden av musikkterapeutisk teori og forskning var lenge knyttet opp mot humanistisk, psykoanalytisk eller læringsteoretiske felt. I den senere tiden har psykodynamisk og ressursorientert tenkning, samt samfunnsteoretiske perspektiver kommet tydeligere frem i bildet, alle med fotfeste utenfor det rent naturvitenskaplige. I medisinske fagmiljøer har kvantitativ, naturvitenskaplig forskning derimot en klar hovedrolle, og de tradisjonelle fagmiljøene i sykehusene er grunnlagt på et positivistisk fundament. De siste tiårene har kunnskap om tverrfaglighet, helhetlig behandling, relasjonelle og kvalitative verdier fått en stadig større plass også i somatikken. Lovverket for pasienters rettigheter er blitt endret i retning av mer fokus på hele mennesket (Helsedirektoratet, 2016), det er åpnet for mange nye faggrupper som skal forsøke å ivareta pasientenes ulike behov (Lauvås & Lauvås, 2004), og det er en tilsvarende økt etterspørsel etter, og forståelse for kvalitativ forskning også innen

somatisk helsevern.

Over alt i vårt samfunn finner vi økende krav til dokumentasjon og forskning – en akademisering av helsefagene så vel som andre fagområder (Stige, 2008; Thornquist, 2014). Det gjelder også for musikkterapien. Musikkterapi er en ung profesjon – faget har gjennomgått en storstilt akademisering i løpet av et par tiår, og er nå et praktisk yrke med et vitenskapelig fundament – en profesjon (Stige, 2008). Tradisjonelt har musikkterapi alltid vært et såkalt praksisnært fag, men både teoriutvikling, evidensgrunnlag og generell kvalitetssikring av kliniske prosedyrer, metoder og teknikker er i økende grad en selvfølgelig del av det helhetlige bildet. I musikkterapi miljøet er det mange pågående diskusjoner rundt hvordan faget og profesjonen forholder seg og formidler seg i denne rivende utviklingen. På konferanser har vi sett tema som *Praksisrettet forskning vs. forskningsrettet praksis*, og tema for Norsk musikkterapikonferanse 2016 er "Musikkterapiens vegkryss: Styrking av fagpolitikk versus innovasjon i praksis og forskning" (Musikkterapi, 2015).

I media har det vært store diskusjoner rundt bruk av musikk i geriatri. I hvilken grad er det for eksempel behov for en musikkterapeut med fagutdannelse sammenlignet med en hjelpepleier eller sykepleier som ønsker å bruke musikk i jobben? Musikkterapifagets store vekst med tanke på stadig nye praksisarenaer og bredere forskningstilfang tilsier at det er en mengde implementeringsprosesser som foregår rundt om i ulike organisasjoner og fagmiljøer. Hvordan skal musikkterapi brukes og plasseres inn i eksisterende systemer? Når det gjelder musikkterapi i pediatri ser vi at mange artikler og forskningsprosjekter kommer fra USA og Australia (Bradt, 2013a; Evans, 2002; Loewy, 1997; Robb & Carpenter, 2009; Tucquet & Leung, 2014). Noen i nettverket har også praksiserfaring fra disse kontinentene, og sitter med et inntrykk av at feltet der er bedre etablert (Leinebø, 2015). Hva er det i så fall som gjør det? Er det andre utfordringer, fordeler eller ulemper for utviklingen av feltet her i Norge?

I musikkterapi miljøet generelt hører jeg ofte samtaler og frustrasjoner som kretser rundt organisasjons- og profesjonstematikk knyttet til det å være alene om sitt fag, behov for fagmiljøer og nettverk, forsøk på å bygge opp større stillinger av flere små deltidsstillinger, nødvendigheten av å "selge seg inn" og forklare hva musikkterapien

kan tilby, fordi forståelsen for musikkterapi er marginal osv. Jeg ser derfor ikke bort fra at flere fagfelt innen musikkterapi kan dele mange av de samme utfordringene og mulighetene som musikkterapeuter i pediatri har, knyttet til ansettelse og organisering som fundament for god implementering, integrering og utvikling. Slik vil denne oppgaven kunne gi bidrag også til utvikling av musikkterapiprofesjonen generelt.

Den enkelte musikkterapeut er ofte alene om sitt fagfelt til daglig, og kan oppleve det som utfordrende. Mange har erfaring fra å etablere sin egen stilling, med alt det medfører av beslutninger vedrørende stillingskoder, fagmiljø, praktisk tilrettelegging, tilgang til og utveksling av informasjon, etablering av rutiner, veiledning etc. Slike oppgaver er også en del av profesjonsutviklingen. I sin bok *Defining Music Therapy* omtaler Bruscia situasjonen slik:

As a "profession", music therapy is only a few decades old. In the United States, the birth of the profession can be traced back to the founding of the National Association for Music Therapy in 1950- a mer 60+ years ago. Because it is so young, its identity as a profession has not yet fully emerged within the education and health communities. The final job title and position description have not yet been written (Bruscia, 2014, s.20).

I henhold til Bruscia (2005) sin inndeling av hovedområder i musikkterapiforskning, hører denne oppgaven hjemme under fanen profesjonsforskning. Den er en empirisk utviklingsstudie med hovedvekt på arbeidsforhold og strukturen rundt klinisk praksis. Gjennom kartlegging av forholdene vil oppgaven bidra til ny dokumentasjon av eksisterende organisering av musikkterapi i pediatri, og av tilbudet som gis. Gjennom analysen vil den kunne bidra til tiltrengt profesjonsutvikling innen dette feltet (Thornquist, 2014).

Problemstilling

Oppsummert så er målet med denne studien å bidra til profesjonsutvikling for et spesifikt fagområde gjennom å belyse hva som fungerer og ikke fungerer i organiseringen av musikkterapitilbudet ved de ulike sykehusene. Ved å samle informasjon om fakta og erfaringer, og se dataanalysen i sammenheng med aktuell teori og forskning, ønsker jeg å avdekke viktige aspekter ved organisatoriske forhold og klinisk praksis for musikkterapeuter i pediatri. Videre vil det, med basis i studien, bli

foreslått gode, generelle retningslinjer for fagfeltet for fremtiden. Det er en ambisjon at studiens fokus på system og struktur skal kunne bidra til en tydeligere retning for profesjonen, og gi tips til hvordan man best mulig kan få musikkterapi som et godt integrert tilbud innen pediatrien, både for musikkterapeuter i feltet i dag og for fremtidige musikkterapeuter og deres arbeidsgivere. Ut fra dette bildet blir følgende problemstilling fokus for studien:

- **Hvordan er dagens musikkterapeuter i pediatri organisert i Norge, og hvordan kan utfordringer og muligheter på dette fagfeltet fremstå i lys av intervjuundersøkelse og organisasjonsteori?**

For å svare på problemstillingen, vil studien videre ta utgangspunkt i tre arbeidsspørsmål:

- Hvordan er situasjonen for musikkterapeuter i pediatri i Norge i dag, og hvordan beskrives dette fra ledernes -, og musikkterapeutenes perspektiv?
- Hvilke organisatoriske elementer finnes i litteraturen som kan være nyttige for å forstå situasjonene som beskrives?
- Hva står frem som viktig for fremtidig organisering av musikkterapeuter i pediatri?

Definisjoner av sentrale begreper

Organisering og Organisasjon

I tittelen til denne oppgaven brukes begrepet *organisering av musikkterapi*. Organisering henspiller her på ulike forhold rundt musikkterapitilbudet og musikkterapeuten som utøver dette, for eksempel praktiske og formelle løsninger og avtaler mellom institusjon og musikkterapeut, forhold til ledelse, kolleger og fagmiljø, og hvordan det kliniske musikkterapitilbudet arter seg. For å belyse og forstå dette er det brukt grunnleggende elementer fra organisasjonsteori, som inneholder nødvendige perspektiver og begreper. Ordene *organisering* og *organisasjon* sees her på som to uttrykk for det samme, og brukes om hverandre i oppgaven. Oppgaven støtter seg på følgende definisjon av organisasjon: “En organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål ” (Jacobsen & Thorsvik, 2014, s.18). Det

blir lagt vekt på formelle arbeidsgiverorganisasjoner, da dette er slike organisasjoner oppgaven tar utgangspunkt i, og at et overordnet mål er tydeliggjøring av musikkterapi som profesjon innen dette feltet. Organisasjoner av frivillige, og mindre formelle former eller fritidsorganisasjoner, vil ikke bli omtalt. Musikkterapi er tjenesteproduksjon, ikke vareproduksjon, og det vil ikke bli lagt vekt på deler av organisasjonsteorien som er tydelig rettet mot situasjoner som ikke er relevante for musikkterapeuters daglige virke. Ordet organisering brukes også som kategori i dataanalysen, i mangel av et annet som kunne vært like dekkende. Her henspiller det på praktisk plassering i ansvarslinjen og organisasjonskartet.

Pediatri

Ordet pediatri betyr ".... læren om barns vekst og utvikling; og sykdommer som kan ramme barnet i denne prosessen. Fagområdet omfatter både forebyggende, helbredende og restituerende (habiliterende) omsorg...." i følge artikkelen til Lie på nettsiden til Store Medisinske Leksikon (2009). Lie (ibid.) viser til at ungdomsmedisin så langt ikke regnes som en del av pediatrien i Norge, men dette er i endring i disse dager, og barneavdelinger ved norske sykehus vil også ta i mot ungdom i nær fremtid. Klienter i pediatriisk musikkterapi praksis er da somatisk syke barn og unge fra 0 til 18 år.

Profesjon

Med profesjoner menes kunnskapsbaserte grupper av yrkesutøvere, de yrkene som anses å gi adgang til den høyeste kunnskapen innen et visst område (Brante, 2011). Profesjonelle utøvere kan enten være ansatt eller selvstendig næringsdrivende. Da denne oppgaven konsentrerer seg om musikkterapiens forhold til organisasjoner, vil det i denne oppgaven kun dreie seg om profesjonsutøvere som er tilknyttet en arbeidsgiver.

Musikkterapi

De mest brukte definisjonene av musikkterapi konsentrerer seg i stor grad om praksisutøvelsen ved å vise til den terapeutiske relasjonens og/eller musikkens iboende muligheter til endring for klienten. Dette gjelder for eksempel Even Ruud sin kjente "Musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter" (Ruud, 1990,

s. 24). Definisjonen er meget vid, og blir lite spesifikk bl.a. med hensyn til hvem det er som kan utøve musikkterapien. I et profesjonsperspektiv er det aktuelt med en mer spesifikk definisjon til denne oppgaven, som peker på hva som gjør fagfeltet til en profesjon. I sin nyeste, og hittil lengste definisjon har Bruscia (2014) mot slutten inkludert musikkterapeutens forhold til teori og forskning, men her kobles det opp kun mot den kliniske praksiskomponenten i faget. "Music therapy is a reflexive process wherein the therapist helps the client ...(...)... impetus of change. As defined here, music therapy is the practice component of the discipline, which informs and is informed by theory and research " (Bruscia, 2014, s.36). Den definisjonen som kanskje best dekker denne oppgavens behov for tilstrekkelig markering av profesjonsfeltet, både på praksis- og organisasjonssiden, finner jeg hos World Federation of Music Therapy fra 2011:

Music therapy is the professional use of music and it's elements as an intervention in medical, educational, and everyday environments with individuals, groups, families, or communities who seek to optimize their quality of life and improve their physical, social, communicative, emotional, intellectual, and spiritual health and well-being. Research, practice, education and clinical training in music therapy are based on professional standards according to cultural, social and political contexts (WFMT, 2011).

Her tydeliggjøres musikkterapiens sterke forankring i egen profesjon, og settes inn i en større samfunnsmessig kontekst.

Klinisk pediatriisk musikkterapipraksis vil bli kort skissert ut fra aktuell nasjonal og internasjonal litteratur. I datamaterialet finnes også overordnede beskrivelser av den kliniske praksisen som foregår, som i hovedsak retter seg mot strukturelle forhold som prioriteringer, dokumentasjon og tverrfaglig samarbeid. Det vil ikke bli gått i dybden omkring beskrivelse av klinisk praksis i denne oppgaven, siden hovedfokus er rettet mot organisering av musikkterapistillingene på et overordnet plan. Premisset for bruk av musikkterapi i pediatri ved norske sykehus vil ikke bli diskutert, men ligger som en forutsetning for oppgaven: musikkterapi er i bruk ved norske sykehus slik det har vært det i lang tid, og det er ønskelig at det fortsetter.

Musikkterapeut

Musikkterapeut forstås her som en profesjonell fagperson med utdanning som musikkterapeut, som har en aktiv, klinisk musikkterapipraksis. Praksisutøvelse ligger dermed implisitt i yrkestittelen.

Helse

Når helsebegrepet skal defineres, kommer man rett inn i den langvarige diskursen omkring dualismetenkningen som lenge har vært gjeldende i vestlig tradisjon, mellom patologisk og salutogenetisk syn på helse. Fra gammelnorsk "heil" betyr ordet helse hel, uskadd, og rommer også en moralsk og spirituell betydning av hva som oppleves som helt og uskadd for mennesket (Schei, 2009). En patologisk forståelse ser på god helse som fravær av sykdom, og bruker dualistiske termer som psykisk og fysisk, kropp og sinn. Helt siden legen og filosofen Descartes sin tid har denne tenkningen vært rådende, i medisinske miljøer så vel som i språket og allmenn tankegang. For medisinerere som jobber i somatikken, kan det være nærliggende å forholde seg primært til en slik naturvitenskapelig, fysiologisk orientert definisjon. Sosiologen Antonovsky introduserte i 1987 teorien om en salutogenetisk helseforståelse som en motsats til den patologiske forståelsen. I salutogenetisk teori fokuseres det på forhold mellom helse, stress og mestring, og man ser menneskers mestringsevne som en avgjørende faktor for opplevelse av god helse. I mestringsevne inngår evne til å oppleve sammenheng i tilværelsen, å finne den meningsfull, forståelig og håndterbar (Bruscia, 2014; Schei, 2009; Wikipedia, 2015).

WHO (Worlds Health Organization) har muligens den mest kjente definisjonen av helse: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO, 2016). Denne definisjonen er omdiskutert, da den beskriver en tilstand av god helse som de færreste vil oppleve annet enn i glimt. Definisjonen søker en holistisk, integrert forståelse av helsebegrepet, men ved å strekke seg mot optimalisert velvære i så stor grad, kan den bidra til sykeliggjøring av normaltilstander. Den kliniske praksisen i musikkterapi er forenelig med et helhetlig syn på helse, slik også Bruscia definerer det: "Health is the process of becoming one's fullest potential of individual and ecological wholeness" (Bruscia, 2014, s.105). Med økologisk

helhet, viser Bruscia til samspillet mellom mennesket som individ og som del av større sammenhenger, en helhetstenkning som vi finner igjen i salutogenesen. Definisjonen har altså et salutogenetisk utgangspunkt som de fleste norske musikkterapeuter vil kjenne seg igjen i, da helhetlig tenkning og ressursfokus er et sentralt terapeutisk ideal. Når det gjelder arbeid i somatikken spesielt, synes jeg det er på sin plass å poengtere at Bruscias definisjon også inneholder muligheter for å jobbe mot rent fysiologiske mål – som en del av individets helhetspotensiale. I et patologisk syn på helse er som nevnt fysiologiske mål det eneste orienteringspunktet. Som musikkterapeut har jeg et teoretisk fundament som favner om et videre helsebegrep, men som ikke ekskluderer patologiske tilstander som en viktig del av helheten.

METODE OG VITENSKAPSTEORI

Hermeneutikk og humanisme

Vitenskapsteoretisk ligger det en hermeneutisk tilnærming til grunn for denne oppgaven. I vitenskapsteorien stilles de grunnleggende ontologiske spørsmålene: hva er det som finnes og hva er dets egenskaper, og de epistemologiske: hvordan får vi kunnskap, hva kan vi vite eller erkjenne? (Thornquist, 2014; Wheeler & Kenny, 2005). Naturvitenskapen og positivismen ble lenge regnet som den eneste måten å få sann kunnskap om verden på, med sitt absolutte syn på sannhet i et årsak – virkningsforhold. Alt som var sant skulle kunne bevises gjentatte ganger uten å være avhengig av menneskelige faktorer. Det kom så en motreaksjon på dette, da man mente at kunnskap om mennesker måtte erverves på andre måter, og at menneskets observasjonsevne ikke var fullstendig objektiv og løsrevet fra menneskets erfaring. Slik ble den hermeneutiske tradisjonen utviklet fra slutten av 1800-tallet som en reaksjon på datidens naturvitenskaplige dominans. Som tidlig hermeneutiker var Dilthey opptatt av å gi humanvitenskapen et nytt fundament som skulle holde mål vitenskapelig. Han beskrev blant annet hvordan naturvitenskapen søker å forklare fenomener, mens humanvitenskapene forsøker å forstå (Thornquist, 2014, s.147). Hermeneutikken avviser den positivistiske enhetstesens om at alle fenomener skal undersøkes på samme vitenskapelige måte, og må inneholde objektive sannheter i et årsak – virkning forhold. Dilthey argumenterte for at sosiale, menneskelige forhold må undersøkes med utgangspunkt i forståelse for fenomener som er genuint menneskelige, så som subjektivitet, mening, hensikt, intensjon og bevissthet. Dette innebærer å kontekstualisere fenomenene, og belyse sammenhengene de opptrer i.

En annen av hermeneutikkens viktige teoretikere, Gadamer, beskriver hvordan ethvert menneske vil ha en forforståelse som påvirker ens forståelse og tolkning av fenomener som fremtrer. Forforståelsen er dynamisk og stadig i utvikling, relatert til erfaring og kunnskap som hvert menneske bærer med seg. Som forsker må man kunne bevisstgjøre seg egen forforståelse og bruke denne som et verktøy i prosessen mot ny forståelse av menneskelige fenomener. Dette er en del av den mye omtalte ”hermeneutiske sirkel ” eller ”spiral” som viser hvordan forskeren stadig veksler mellom ulike perspektiver i sin søken etter sann, gyldig kunnskap: mellom helhet og deler i datamaterialet, mellom egen

forforståelse og teori. Hermeneutisk fortolkning gjør ikke krav på å finne endelige sannheter, men forholder seg dynamisk til materialet, og gjennom ny innsikt vil ny informasjon stadig kunne endre retningen for forståelsen av hva denne studien evt. kan lede til (Sannes, 2010; Thornquist, 2014).

Hermeneutikk som metode forholder seg altså fortolkende til meningsfulle fenomener i verden. Materialet som blir analysert i hermeneutisk forskning var i utgangspunktet tekster, men dette er blitt et stadig utvidet begrep som nå inkluderer menneskelige aktiviteter så vel som resultater eller produkter av dem. Kulturelle forhold som regulerer menneskelig aktivitet er også en del av bildet (Thornquist, 2014). Et hovedmål for denne oppgaven er å avdekke hvilke rammer musikkterapeutene jobber innenfor, ikke bare beskrive formelle praktiske sider, men også med blikk på mer uformelle forhold som for eksempel motivasjon, beslutningsstrukturer og mulighet for fagutvikling. Dette føyer seg fint inn i hermeneutikkens vitenskapelige domene slik det er beskrevet over.

Akkurat som hermeneutikken, springer humanismen ut fra et behov for å forstå menneskelige egenskaper og atferd ut fra et bredere perspektiv enn kun som kropp og biologi. Perspektivet utvides til å omfatte også psykologiske, sosiale og kulturelle prosesser, og er i tråd med en salutogenetisk forståelse av helse. God helse forstås slik ut fra et helhetlig perspektiv som inkluderer en persons opplevelse av egne ressurser, prosesser og tilstand, ikke kun som fravær av sykdom (Bruscia, 2014; Ruud, 2008). Mye musikkterapeutisk forskning, især i Norden, tar utgangspunkt i et humanistisk menneskesyn, og undersøker ulike forhold mellom terapeut, klient og musikk ut fra dette. Humanismen er også utgangspunktet her, men da denne oppgaven har fokus på profesjonsutvikling på et organisatorisk plan, blir fenomenene som skal undersøkes musikkterapeutene, praksisen og organisasjonene. Både musikkterapeutene, inkludert musikkterapeutisk praksis, og sykehusene som organisasjoner sees i lys av et humanistisk orientert grunnsyn, som flerdimensjonale og kontekstuelle. Utviklingen av god musikkterapeutisk praksis, samt forståelsen av organisering generelt, antas da å være avhengig av systemisk, helhetlig situasjon (Busch, Vanebo, & Dehlin, 2010; Ruud, 2008). Videre brukes det i denne oppgaven en hermeneutisk forståelse og fortolkning kontinuerlig i prosessen for å kunne beskrive og forstå temaet og materialet best mulig.

Metodiske vurderinger

Helt tidlig i prosessen lå det store forventninger til utkommet av denne oppgaven, og jeg ønsket å finne et helt konkret verktøy for implementering av musikkterapi i pediatri, muligens gjennom metoden Soft Systems Technology. På grunn av oppgavens omfang, har det ikke vært mulig å gå inn i den tematikken på et så detaljert nivå. Ambisjonene ble etter hvert justert til å ville gi en bredere og mer fundert forståelse for utfordringer og muligheter, og ut fra dette bildet videreformidle noen idéer til mulige grep for videre positiv utvikling for musikkterapi i pediatri.

Utgangspunktet for denne oppgaven ble da å finne ut av hvordan musikkterapeuter i pediatri er organisert i Norge, og å belyse utfordringer og muligheter gjennom informantenes erfaringer og aktuell teori. Da deler av datamaterialet er rent deskriptivt rundt fakta omkring musikkterapeutenes hverdag, vurderte jeg tidlig å innlemme en større kvantitativ del i oppgaven, i form av spørreskjema. Målet med oppgaven går imidlertid ut over det rent deskriptive, gjennom ønsket om å bruke empiri og forståelse til å skissere mulige retninger videre, helt konkret. Etter nærmere ettertanke fant jeg det derfor riktig å kun bruke faktaopplysninger fra spørreskjema for å få et best mulig grunnlag for semistrukturerte intervju, og for å spare tid i intervjuene.

Kvalitativ metode

Det er valgt et kvalitativt design på studien for å få mulighet for å forstå sammenhenger og mønstre på et dypere plan enn en kvantitativ kartlegging vil kunne gjøre. Kvalitativ forskningsmetode springer ut fra et fenomenologisk og hermeneutisk syn på kunnskap, hvor menneskelig erfaring og forståelse ligger til grunn for kunnskapsutvikling. Som i kvantitativ forskningsmetode er det krav til reliabilitet og validitet i kvalitative studier. Kvalitativ forskning er derimot ikke ute etter universelle sannheter som kan bevises gjennom telling eller måling slik det er i kvantitative studier. Systematisk refleksivitet og transparens er faktorer i kvalitativ forskningsmetode som skal sikre validitet og reliabilitet (Malterud, 2006; Wheeler & Kenny, 2005).

En kombinasjon av spørreskjema og kvalitativt intervju er brukt som metode for datainnsamling. Spørreskjemaer har et kvantitativt potensiale, men her det brukt for å samle informasjon om konkrete, udiskutable forhold på en effektiv måte. Svarene i

spørreskjemaene har fungert godt som grunnlagsmateriale for intervjuene, og ga verdifull faktainformasjon til bruk i den kvalitative analysen. Kvalitativt semistrukturert forskningsintervju er valgt som hovedmetode for datainnsamlingen. Det gir mulighet for å gå i dybden med et begrenset utvalg informanter. Det igjen gir et rikt datamateriale som kan inneholde forklaringer av hendelser, situasjoner og adferd, dvs. både struktur og prosess (Kvale, 2006; Sannes, 2010), slik jeg også ønsker med denne oppgaven. Jeg har brukt en analysemetode som er inspirert av tematisk analyse og systematisk tekstkondensering. Metoden ble valgt for å avdekke faktiske forhold samt finne hovedtrekk i informantenes vurderinger og erfaringer (Bonde, 2015; Guest, MacQueen, & Namey, 2012; Lapadat, 2010; Malterud, 2006). Prosessene rundt datainnsamling og analyse blir nærmere beskrevet under overskriften *systematisk tekstkondensering*.

Malterud (2006) viser til at man kan jobbe mot ulike mål og på forskjellige nivå når man bruker kvalitativ analyse som metode. Mål for analysen kan være utvikling av nye beskrivelser, begreper eller teoretiske modeller. Ambisjonen for denne oppgaven er å gi en beskrivelse av organiseringen av musikkterapeuter innen fagfeltet pediatri, samt åpne for utvikling og forbedring av praktiske løsninger gjennom forståelse og fortolkning av materialet. Fenomenene som beskrives skal kunne gi flere innfallsvinkler (systemisk) for å forstå musikkterapeutenes rammevilkår, og inneholder strukturelle fakta, handlinger, visjoner og opplevelser. Data fra ulike informanter vil bli sammenlignet og sett i lys av aktuell teori og praksisbeskrivelse. Sammenfattet kan den analytiske delen av oppgaven kalles beskrivende og til en viss grad eksplorerende (Malterud, 2006; Sannes, 2010).

Som del av miljøet har jeg som forsker et nært forhold, og stor kjennskap til feltet, og til dels til informantene som er intervjuet. Det kan være både fordeler og ulemper ved dette. Den inngående kjennskapen kan gjøre det mulig å sirkle inn viktige tema i feltet raskere enn en utenforstående ville hatt mulighet til, slik at spørsmålene som blir stilt kan bli mer aktuelle. På den annen side vil både tematikk, spørsmål og forståelse kunne bli farget av personlige opplevelser, forventninger og forutinntatthet. Forforståelsen er et viktig verktøy i hermeneutisk fortolkning hvor forskeren gjennom hele prosessen beveger seg kontinuerlig mellom teksten i datamaterialet, teori og egen forforståelse. For å sikre denne studiens validitet og reliabilitet brukes stor grad av transparens og

refleksjon rundt egen rolle og posisjon. Dette gjøres blant annet ved å synliggjøre egen forforståelse og kjennskap til faget og informantene, samt å skape distanse til eget arbeid gjennom systematisk analyse.

Utvalg av informanter

Utvalget av informanter har tatt utgangspunkt i alle barnesykehus i Norge som har et musikkterapitilbud. Dette utvalget ga seg selv, og har talt fem lokasjoner, mer eller mindre stabilt, i nærmere 10 år. Til denne undersøkelsen ønsket jeg også å intervju musikkterapeutens nærmeste leder, noe som ikke ga et like selvsagt utvalg. For å finne frem til nærmeste ledere, ble musikkterapeutene spurt. Med tre av dem ble det en påfølgende liten diskusjon rundt hvem dette skulle være, da det åpenbart ikke var selvsagt. Noen mente den formelle lederen hadde for liten kontakt med arbeidet som blir gjort, at det ble mer riktig å intervju kontaktpersoner uten formell lederposisjon, eller å intervju den fungerende lederen for en annen del av musikkterapistillingen. Jeg endte opp med å gjøre syv "lederintervjuer" for å få bredden i bildet – et dobbeltintervju med to kontaktpersoner, et med en mellomleder for annen del av musikkterapistillingen, to med formelle ledere som ellers ikke er tilknyttet pediatri, og tre med formelle ledere innen pediatri. Ved en av lokasjonene ble det da tre personer som representerer ledelsen.

Det er altså fem sykehus i Norge som har knyttet til seg musikkterapeut(er), og for å få bredde i perspektiver rundt problemstillingen ble det bestemt å intervju to nøkkelpersoner på hvert av sykehusene, musikkterapeuten og nærmeste leder. De som besitter leder- og musikkterapeutstillingene ansees å være de mest aktuelle informantene for å få belyst oppgavens forskningsspørsmål rundt klinisk praksis og organisatoriske rammer, muligheter og utfordringer. Ved ett av sykehusene er det ansatt hele tre musikkterapeuter, men det ble da valgt å intervju kun en, som representant for stedet. Pga. veldig ulike forhold rundt ledelsessituasjonen ved de ulike sykehusene, måtte utvalget av lederinformanter tilpasses hvert enkelt sted. Denne prosessen ga i seg selv verdifull informasjon om fagmiljø og organisering, og går inn som del av datamaterialet. Oppsummert ble totalt antall informanter 13, antall intervjuer 12, 5 med musikkterapeuter (a, b, c, d, e) og 7 med representanter for lederfunksjonen (1-7). Det er fem lokasjoner totalt (I, II, III, IV, V).

Spørreskjema

Etter å ha fått positivt svar fra alle informantene på forespørsel om deltagelse, ble det sendt ut elektronisk spørreskjema laget i programmet Survey Xact til fem musikkterapeuter som jobber i pediatrien på fem ulike sykehus i Norge. Gjennom spørreskjemaet ble det bedt om svar på faktiske forhold rundt stillingen; ansettelsesform, ledelsesstruktur, fagområder i musikkterapitilbudet, romfasiliteter og mulighet for fagutvikling og veiledning m.m. Spørreskjemaene ble besvart og i god tid før intervjuene fant sted, og ga utgangspunkt for den endelige utformingen av intervjuguiden. Spørreskjemaet har primært fastsatte svaralternativer, men også spørsmål med rom for utfyllende, individuelle svar (vedlegg nr. 3).

Kvalitativt intervju

Basert på basisinformasjon i spørreskjemaene, ble det i intervjuene gått nærmere inn på forhold rundt arbeidssituasjonen, klinisk praksis og tanker rundt videre utvikling av musikkterapitilbudet/fagområdet. Intervjuene var semistrukturerte, altså med en struktur som ga mulighet til å styre intervjuene i tilstrekkelig grad der det var ønskelig med svar på spesifikke spørsmål, samtidig som det ga muligheten til å være fleksibel mht. temaer som måtte komme opp. Det ble gjort dobbelt lydopptak av alle intervjuene for å sikre at ingen data gikk tapt (Kvale, 2006). To pilotintervjuer ble gjort aller først, med en leder og en musikkterapeut. Pilotintervjuene ga nyttige innspill til justering av intervjuguiden, samt god øvelse i å være i intervjusituasjonen.

Det er brukt to intervjuguider, tilpasset de to ulike yrkesgruppene, men begge bygger på samme lest med utgangspunkt i kategorier satt ut fra kjennskap til feltet gjennom egen erfaring og aktuell teori (vedlegg nr. 4). Intervjuer med 13 informanter kan fort resultere i en uoverkommelig mengde data, og det ble gjort vurderinger for å begrense omfanget (Kvale, 2006; Malterud, 2006). For å begrense mengden ble tidsrammen for lederintervjuer satt til 30 min, mot 60 minutter for musikkterapeutene. I tillegg ble det gjort et dobbeltintervju der dette ble naturlig. Det er gjort to intervjuer på egen arbeidsplass. For å sikre validitet og oppnå størst mulig grad av objektiv distanse, ble disse intervjuene gjort sist i intervjurekken fordi det da var opparbeidet en viss erfaring og "rutine" i intervjuteknikken.

Systematisk tekstkondensering

Prosedyren for dataanalysen er en syntese av resymé som metode, tematisk analyse og systematisk tekstkondensering (Bonde, 2015; Guest et al., 2012; Malterud, 2006) som jeg selv har utviklet for denne oppgaven. Det er altså ikke gjort en fullstendig transkripsjon av intervjuene, men følgende prosedyre er blitt fulgt:

1. Åpen lytting til lydopptak
2. Lytting med løpende notater – resymé med blikk på tema relatert til intervjuguiden + evt. tema som dukker opp
3. Sjekkklytting mot resymé – utfyllende transkripsjon av de aktuelle temaene
4. Kategorisering av data, i hovedtema og siden subgrupper
5. Koding av data innen subgruppene
6. Sammenfatning av hver subgruppe i "kunstige sitater"
7. Sammenligning av tendenser innen og på tvers av kategorier:
 - innen profesjonsgrupper
 - innen lokasjon
8. Sammenfatning av hovedlinjer i analyseresultater.

Data fra musikkterapeutinformantene og lederinformantene ble syntetisert i hver sin sammenlignende matrise. Musikkterapeutene hadde store likheter i måten å fremlegge sitt arbeid på, og er en faggruppe med felles profesjonsspråk. Dette gjorde det lettere å finne tematiske subgrupper i datamaterialet, og fremstille dette skjematisk. I lederintervjuene var det større forskjeller i hvordan musikkterapien og ledelse ble omtalt. Tre av lederinformantene anser seg heller ikke som ledere for musikkterapeutens arbeid i pediatri, annet enn administrativt (for to av dem). Utgangspunktet for lederne er dermed veldig ulikt, en sammenlignende matrise kom ikke like åpenbart til syne og det ble brukt mye tid på å finne aktuelle subgrupper i dette materialet.

I analysen av datamaterialet er det gjennomgående gjort en inndeling med utgangspunkt i følgende utsagnskategorier:

O – formelle strukturer/strategier

- 0** – uformell praksis
- 0** – mangler/utfordringer
- 0** – utsagn/erfaringer/ønsker
- 0 – nøytral info

Fargekodene ble brukt for å lette sorteringsarbeidet underveis i analyseprosessen.

Etiske aspekter

Kvale (2006) trekker frem noen viktige etiske aspekter som skal tas hensyn til i all humanistisk forskning. Etiske refleksjoner og hensyn rundt disse punktene skal følge forskningsprosessen hele veien, fra planleggingsfasen til siste slutt.

Informert samtykke skal sikre at informantene får tilstrekkelig informasjon om undersøkelsens mål og om hovedtrekkene i prosjektplanen, samt mulige fordeler eller risiko ved deltagelse. Det skal tydeliggjøres at all deltagelse er frivillig, og at det er anledning til å trekke seg når som helst uten videre begrunnelse. Om en trekker seg fra studien, vil alle data bli slettet. Til denne undersøkelsen ble først musikkterapeut-informantene kontaktet med forespørsel om deltagelse via mail. Disse ble igjen bedt om å kontakte sine respektive ledere, som så godkjente å bli kontaktet direkte via mail. Alle kontakter, spørreskjema- og intervjuavtaler ble gjort i god tid før gjennomføringen for å unngå opplevelse av press eller tvang (Kvale, 2006). Informantene fikk også tilsendt et detaljert informasjonsskriv om studien. Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) tidlig i prosessen, og godkjent i god tid før datainnsamlingen startet (vedlegg nr. 1).

Konfidensialitet skal sikre informantenes anonymitet i tilstrekkelig grad overfor offentligheten. Graden kan variere i forhold til studiens karakter og informantenes situasjon. Miljøet for musikkterapeuter som arbeider i pediatri er så lite at det er utfordrende å sikre en fullstendig anonymitet. Personer som er godt kjent i miljøet vil kunne kjenne igjen enkelte forhold, og dermed identifisere personer eller lokasjon. Det er likevel gjort bestrebelser på anonymisering i så stor grad som mulig, ved å gi informantene bokstaver (musikkterapeuter) eller tall (ledere) i stedet for navn. Det blir heller ikke oppgitt personlig informasjon som kjønn, alder eller utdanning. Hver

lokasjon har også fått en anonym benevnelse (I – V), og sammenhengen mellom de ulike kodingene er bevisst gjort lite åpenbar for at anonymiseringen skal bli så god som mulig.

Konsekvensene av studien bør vurderes med tanke på informantene, og for faget og organisasjonen de representerer. En må for eksempel ta stilling hvor dypt og kritisk intervjuene skal analyseres med tanke på konsekvenser for de involverte (Kvale, 2006). Da denne studien primært forholder seg til organisatoriske forhold, anses det som lite nærliggende at det kommer frem informasjon av veldig personlig karakter. Det er grunn til å tro at lokasjonene vil kunne dra nytte av studien på sikt, med tanke på bedret implementering av musikkterapi i pediatrien.

Bevissthet rundt forskerrollen er også av stor betydning, ikke minst i denne studien hvor jeg selv er en del av miljøet, til dels kjenner informantene godt fra før og er en av de med lengst klinisk erfaring på fagområdet her i Norge. Som forsker har jeg et vitenskapelig ansvar for profesjonen og informantene for at "...forskningsprosjektet produserer kunnskap av verdi, og at kunnskapen er så kontrollert og verifisert som mulig" (Kvale, 2006, s.69). Som intervjuer kjente jeg alle musikkterapeutene godt på forhånd. I intervjusituasjonen ble det uttalt at jeg som intervjuer ønsket å stille spørsmål og få svar som om jeg ikke kjente til feltet fra før. Av lederne kjente jeg kun én på forhånd, men alle ble på forhånd informert om at jeg har lang erfaring fra feltet. Prosessen med dataanalyse og koding har også bidratt til å gi meg et mer objektivt forhold til materialet og problematikken.

TEORI

Litteratursøk

Hovedsøkene til denne oppgaven er gjort i databasene ProQuest (Rilm + IIMP), MedLine, PubMed, Brage og Google Scholar. Litteraturen er ment å skulle gi et godt teoretisk grunnlag for oppgavens tre hovedområder: organisasjon, profesjon og pediatriisk musikkterapipraksis. Inkluderte søkeord har vært: *music therapy, organiz*, organis*, pediatrics, paediatric, implement, hospital, profession, development, interdisciplinary*.

Inklusjonskriterier:

- Litteraturen skal omhandle musikkterapeuters praksis, profesjonsutvikling, organisering, eller fagmiljø, primært innen pediatri eller somatisk helsearbeid
- Litteraturen skal ikke være eldre enn fra år 2000
- Litteraturen skal foreligge på engelsk eller skandinavisk

Søkene viser at det skrevet ganske mye som beskriver det kliniske arbeidet med barn på sykehus. Hovedtyngden av treffene viser musikkterapi i bruk i ulike spesifikke områder av pediatriisk virkelighet, for eksempel i forhold til smerte, prosedyrer, i sykehusmiljøet, men også noe rundt generelle retningslinjer for klinisk musikkterapeutisk praksis i pediatri, og reviews av slik litteratur. Det er tatt med noe litteratur som omhandler andre faggruppers syn på musikkterapi, da det kan gi verdifull informasjon om hvordan organisering/tverrfaglig kommunikasjon fungerer på en arbeidsplass. For denne oppgaven sees det som mest relevant å se på helhetlige beskrivelser fremfor detaljerte, da det er organisering og rammevilkår som er temaet – ikke detaljer i klinisk praksis.

Generell organisasjonsteori er et stort felt, og det er gjort spesifikke søk på fagområdet med utgangspunkt i norsk litteratur. Også her har det vært mest relevant å få oversikt over de store linjene i feltet. For å finne god oversiktslitteratur ble det først innhentet informasjon og anbefalinger, samt gjort litteratursøk på emnene *organisasjon + teori + forståelse*. Søk på Google Scholar/bibsys ga en rekke treff, mange av eldre dato. Treff eldre enn fra år 2000 ble også her valgt bort, og treff med høyt antall referanser foretrukket ut fra en antagelse om det gir en pekepinn på hva som er mest aktuelt faglig

sett. Litteraturen som er valgt ut, viser til stor samstemthet når det gjelder hvordan organisasjoner er bygget opp, om enn presentert ved hjelp av litt ulike modeller.

Tabellen nedenfor viser en oversikt over funnene som er valgt ut som mest aktuelle til denne oppgaven. Funnene er systematisert etter hovedfokus for tematikk, selv om ulike tematikk også kan være vanskelig å skille (for eksempel klinisk praksis og profesjonsutvikling). Fullstendige referanser på disse, finnes i litteraturlisten.

Organisasjon generelt	• Askeland (2013) • Busch (2010) • Hatch (2012) • Jacobsen (2014)
Organisasjon og musikkterapi	• Abad & Williams (2009) • Bouhairie (2006) • Darsie (2009) • Ledger et al. (2013).
Profesjon generelt	• Brante (2011) • Molander & Terum (2008)
Profesjon og musikkterapi	• Bruscia (2014) • Edwards (2004) • Ghetti (2011) • Hodne (2008) • Hsiao (2014) • Mangersnes (2012) • Ærø & Aasgaard (2011)
Klinisk pediatrisk musikkterapipraksis	• Bonde (2014) • Bradt (2013a) • Bruscia (2013) • Clark (2014) • Douglass (2006) • Edwards (2005) • Evans (2002) • Robb & Carpenter (2009) • Stouffer (2007) • Tucquet & Leung (2014) • Ærø & Aasgaard (2011)

I de neste kapitlene vil jeg gå noe inn på de tre teoretiske hovedområdene for studien, organisasjon, profesjon og klinisk pediatrik musikkterapipraksis. Mer utfyllende beskrivelser finnes i diskusjonsdelen.

Organisasjon

En organisasjon dannes fordi det er en hensiktsmessig måte å få mennesker til å samarbeide om en oppgave – produsere noe. Begrepet produsere henviser til ordet produkt, og i denne sammenhengen kan et produkt være varer, tjenester eller beslutninger (Askeland, 2013; Jacobsen & Thorsvik, 2014). Både musikkterapi, og sykehus generelt, driver med tjenesteproduksjon. I jakten på gode beskrivelser av organisatoriske forhold, og for å finne ut hvilke som kan være viktig for musikkterapeutens virke, vil dette kapitlet belyse generelle trekk ved organisasjoner. Det innebærer både faktorer som har betydning for arbeidstakers trivsel og utviklingsmuligheter, for faglige målsetninger på flere plan og hvordan alt dette spiller sammen.

Nyere organisasjonsteori har systemteori som grunnleggende fundament i sin måte å forstå organisasjoner på, hvor hovedtanken er at alle elementer i organisasjonssystemet har gjensidig påvirkning på hverandre, både helhet, deler og relasjonen mellom disse. Endring et sted i organisasjonen vil da kunne påvirke hele systemet. De viktigste elementene i en organisasjon kan beskrives under fire punkter: formelle elementer, uformelle elementer, prosesser og ledelse (Busch et al., 2010; Hatch, 2012; Lauvås & Lauvås, 2004), som her vil forklares i korte trekk.

Formelle elementer

De formelle elementene er organisasjonens ytre rammer, *synlige og uttalte mål, struktur og strategi* slik det blir kommunisert utad, og er synlig for eksempel i et organisasjonskart.

Mål: Det er viktig at målene er klare, tydelige og mulige å nå, og de nås lettere om de involverte er enige i målsettingene. Evaluering er uløselig knyttet til målsettingen.

Strategi er bestemmende for organisasjonens fokus og avgrensning, og kan endres ved behov for å oppnå bestemte mål. En struktur lages ofte som følge av strategiske valg.

Strukturen sier noe om hvem som samarbeider med hverandre, hvilke grupperinger og ansvarsfordeling som finnes. Samarbeid foregår hovedsakelig på tre ulike måter: innenfor et fagfelt med like oppgaver (=funksjonsbasert), på tvers av fagfelt med felles "kunde" (=markedsbasert) eller i matrisestruktur, som er en kompleks kombinasjon av de to første.

Uformelle elementer

Uformelle elementer dreier seg om kultur- og maktforhold i organisasjonen, noe som formes av personlige, relasjonelle og historiske forhold (Busch et al., 2010; Jacobsen & Thorsvik, 2014). Dette kan ligge som ubevisste faktorer i miljøet, i mer uttalte verdier og normer, og i fysiske/verbale uttrykk som kommer til syne. Forståelsen for uformelle elementer støtter seg på teorier fra sosiologi, antropologi og psykologi.

En god, sterk kultur preges av tilhørighet og fellesskap, lojalitet, ærlighet og pålitelighet, og kan til en viss grad erstatte behovet for byråkratisk styring. En kultur bør ikke være for homogen, da den vil kunne hindre kvalitetssikring som følge av at kritiske stemmer ikke kommer frem (Jacobsen & Thorsvik, 2014).

Uformelle maktforhold går utenom de oppsatte ledelseshierarkiene og beslutningsstrukturene i en organisasjon. Makten kan være åpen eller skjult, og tilegnes for eksempel gjennom besittelse av goder eller kompetanse, status, karisma eller fysiske omgivelser. Makt er også en nødvendig forutsetning for ledelse (Busch et al., 2010; Sørhaug, 1996).

Prosesser i organisasjonen

Dette punktet tar for seg hvordan individer fungerer innen organisasjoner og hvilke elementer som er viktige for arbeidstakerne i organisasjonen.

Motivasjon styres av menneskers behov og forventninger , og ytelse kan påvirkes av bl.a. tilfredshet med generelle arbeidsforhold, kunnskap og ferdighet, styrke på eget vekstbehov, opplevelse av meningsfull jobb, opplevd ansvar for resultat, faktisk kunnskap om resultater av det man gjør (Busch et al., 2010).

Kommunikasjon er forutsetningen for informasjonsutveksling og koordinering, og grunnlaget for organisasjonens kultur og identitet. Kommunikasjonsnettverk kan dannes formelt eller uformelt, og ha ulike strukturer. (Busch et al., 2010; Jacobsen & Thorsvik, 2014).

Beslutningsprosesser skal hele tiden stå i forhold til organisasjonens overordnede mål og strategi, og er sentralt for å få til nødvendig utvikling og endring.

Beslutningsmyndighet kan være sentralisert hos ledelsen, eller desentralisert, fordelt i hierarkiet. Beslutningsprosessen består av å 1) identifisere problemet, 2) skissere løsninger og konsekvenser, 3) velge et alternativ og handle, 4) evaluere. Noen organisasjoner preges av mangel på gode beslutningsprosesser, som fører til at problemer forblir uløst og hemmer effektivitet. (Busch et al., 2010; Jacobsen & Thorsvik, 2014)

Behov for læring og endring kommer fra organisasjoners omgivelser, eller som følge av økt kunnskap og erfaring innad, og er en nødvendig del av et organisasjonsliv. Det er ikke uvanlig med intern motstand mot endring, og det antas at valg av endringsstrategi har betydning for grad av motstand (Davies, Nutley, & Mannion, 2000). Humanistiske endringsstrategier og systemtenkning legger vekt på medvirkning, refleksjon, opplæring og motivasjon som verktøy til forandring og utvikling, og vektlegger individets betydning for organisasjonen (Busch et al., 2010). Andre navn på tilsvarende endringsmodeller og prosessverktøy, er Change Management, Reengineering, Human resource management og Fasilitering (Busch et al., 2010; Jacobsen & Thorsvik, 2014; Ledger et al., 2013).

Ledelse

”En leder er en person som har fått ansvaret for å nå bestemte mål i organisasjonen, og som er tildelt myndighet til å fatte nødvendige beslutninger” (Busch et al., 2010).

Administrasjon og ledelse viser til to sider av lederrollen som begge er viktige. Lederrollen har utviklet seg i takt med økende kunnskap om organisasjonsteori, og faglige- og menneskelige kvalifikasjoner er i dag like viktige som strukturell autoritet og hierarkisk plassering. En god leder viser bl.a. evne til å utnytte kunnskap om kommunikasjon og beslutningsprosesser. Lederen kan være primært demokratisk/relasjonsorientert, autoritær/oppgaveorientert, eller en kombinasjon av disse. Tendensen i dagens ledelsesfilosofi heller mot en økning av medarbeideres innflytelse på egen arbeidssituasjon, men det kan også være behov for en mer autoritær lederstil i situasjoner hvor det er viktig med effektivitet og stabilitet. De to lederstilene kan gjerne utfylle hverandre for et godt resultat (Jacobsen & Thorsvik, 2014; Lauvås & Lauvås, 2004; Sørhaug, 1996).

Profesjon

Generelt kjennetegnes en profesjon av langvarig, spesialisert utdanning som er orientert mot oppnåelse av bestemte yrker. Profesjonsyrkene anses å gi adgang til den høyeste kunnskapen innen et visst område (Brante, 2011). Parallelt med økende forståelse for betydningen av systemisk tenkning og samarbeid i organisasjoner, er det blitt en økning/styrking av profesjonsgrupper (Lauvås & Lauvås, 2004).

Yrkesorganisasjoner fungerer som internkontrollerende instans og ivaretar profesjonens kunnskapsbase og status i samfunnet gjennom å utarbeide etiske retningslinjer, standardisering, regulering og kategorisering av arbeidet. Det gir arbeidsgivere en kvalitetsgaranti av profesjonen (Molander & Terum, 2008; Svensson & Karlsson, 2008).

Pga. sin spesialkompetanse vil profesjonsutøvere ønske en viss handlefrihet i arbeidet, og lojalitet, fagkunnskap og yrkesutøvelse ofte vil være like sterkt knyttet opp mot profesjonens interne organisering og kontroll som mot organisasjonen de jobber i. Mange ulike profesjoner innen en organisasjon kan føre til profesjonskamper og et utfordrende tverrfaglig miljø. (Jacobsen & Thorsvik, 2014; Lauvås & Lauvås, 2004).

Musikkterapiprofesjonen

Som nevnt i innledningen av denne oppgaven, har musikkterapiprofesjonen beveget seg fra primært å være et praktisk fag, mot stadig mer akademisering og sterkere vitenskapelig fundament. Musikkterapien har slik fulgt de generelle samfunnsendringene mot et veldokumentert kunnskapssamfunn (Stige, 2008), uten at den nære kontakten med musikkterapeutisk praksis er blitt borte. I Norge var musikkterapi som kjent opprinnelig sterkest etablert innen spesialpedagogikk, men har nå et stort tilfang av praksisområder, og tilsvarende utfordringer knyttet til implementering og kommunikasjon av faget til nye arenaer. Fag- og forskningsorganisasjonene GAMUT (Griegakademiets senter for musikkterapiforskning), Senter for musikk og helse, Norsk Forening for Musikkterapi og Musikernes fellesorganisasjon representerer profesjonens interesser i samfunnet sammen med utdanningsinstitusjonene, og har i Norge lenge jobbet bl.a. for å få tittelen beskyttet, som ledd i profesjonsutviklingen (GAMUT, 2015; MFO, 2016; NMH, 2015). Musikkterapien henter sitt kunnskapsgrunnlag fra flere fagområder og det jobbes stadig med å utvikle egne teorier, definere og avgrense musikkterapiens profesjonsfelt. Som det ble beskrevet i innledningen, er noen av temaene i profesjonsmiljøet knyttet til hvordan faget og profesjonen skal forholde- og formidle seg i den rivende utviklingen som musikkterapifaget opplever nå. Det handler om å kommunisere faget godt og forståelig, etablere fagmiljøer og nettverk, etablere nye stillinger, og finne en god dynamikk mellom praksis og forskning.

Klinisk pediatrik musikkterapipraksis

Som klinisk praksisfelt knytter pediatrik musikkterapi seg opp mot både naturvitenskap, humanistisk vitenskap og samfunnsvitenskap, kanskje i enda tydeligere grad enn mange andre praksisfelt i musikkterapi, på grunn av den åpenbart sterke koblingen mellom naturvitenskap og somatikk. Annet som skiller denne praksisen fra andre områder innen musikkterapi, er den store variasjonsbredden i kliniske situasjoner (Douglass, 2006; Sanfi & Bonde, 2014). Sanfi og Bonde beskriver det slik:

Musikkterapeutens arbeid på en barneavdeling adskiller seg fra andre musikkterapeutiske praksisområder på en rekke vesentlige punkter. Det gjelder særlig det store alders- og utviklingsmessige spennet, mange ambulante

og korte (men ulike) pasientforløp, stor variasjon i sykdommer og problemstillinger, hvilket resulterer i en lang rekke ulike musikkterapeutiske behandlingsmål for musikkterapien (Sanfi & Bonde, 2014, s.332, egen oversettelse).

Av egen erfaring vil jeg legge til at forholdene i somatikken også innebærer stor grad av uforutsigbarhet samt eksponering av musikkterapisituasjonene. Det forekommer stadig avbrytelser pga. medisinske prosedyrer og undersøkelser, og andre pasienter og pårørende samt personale fra ulike faggrupper vil potensielt kunne være tilstede i rommet under en musikkterapisesjon. Der mange musikkterapeuter spesialiserer seg innen et smalere felt, vil musikkterapeuten i pediatri gjennom sin praksis kunne bli 'spesialist' på variasjonsbredde, korte og uforutsigbare terapiforløp og eksponering av praksisen overfor et stort antall personer. Det at musikkterapeuter i pediatri kontinuerlig står i møter med mennesker i livstruende situasjoner, er også en faktor som preger pediatrien som arbeidsplass, men er ikke tema for denne oppgaven.

I Bruscia (2014) sin omfattende kartlegging av musikkterapiens praksisområder, faller klinisk pediatriisk musikkterapipraksis inn under det medisinske praksisområdet. Han beskriver tre hovedfokus for mål i feltet: 1) direkte behandling av medisinsk tilstand og symptomer, 2) støtte til medisinsk behandling (prosedyrer og lignende), og 3) terapeutiske prosesser som møter emosjonelle, relasjonelle, sosiale, spirituelle og økologiske behov hos klienten og familien. Innen hvert målfokus kan musikkterapiforløpet praktiseres på ulike nivå, avhengig av situasjon. (Bruscia, 2014, p. 216). Helhetlig tenkning rundt klientene gjør at familier og omgivelser så vel som ansatte gjerne blir inkludert i pediatriisk musikkterapi (Ærø & Aasgaard, 2011). Når musikkterapeuten har fokus på institusjonen som miljø, grenser faget opp mot det Bruscia (2014) definerer som det økologiske praksisområdet hvor fokus er individets møte med fysiske omgivelser i en sosiokulturell kontekst (innunder 3. målfokus). Aasgaard (1999) bruker tidvis begrepet musikk-miljøterapi om denne delen av praksisen. Joke Bradt kom i 2013 ut med den omfattende boken *Guidelines for music therapy practice in pediatric care*. Boken gir detaljerte og systematiske beskrivelser av kliniske prosesser i de vanligste medisinske situasjonene, samt relevant forskning under hvert punkt. Det er mange medisinske situasjoner som ikke er beskrevet, men det tenkes nok dekket av det siste kapitlet som tar for seg sykehusinnlagte barn generelt.

Hos Bradt (2013b), Tucquet og Leung (2014) og Clark et al. (2014) gjenkjennes hovedpunktene fra Bruscias inndeling av hovedmål innen medisinsk praksis, til dels formulert eller inndelt på en litt annen måte. Den praksisen som beskrives fra Norge dekker også disse områdene, men utpeker seg med større fokus på musikkterapi i sykehusmiljøet (Mangersnes, 2012; Ærø & Aasgaard, 2011; Aasgaard, 1999, 2006). I Danmark er det ikke etablert noen permanente stillinger innen dette feltet, men Sanfi har et pågående forskningsprosjekt med metodisk utviklingsarbeid på området, hvor utgangspunktet er reseptiv metode (Sanfi & Bonde, 2014). Bruscia gir en overordnet modell for hovedmål i det kliniske arbeidet i medisinsk musikkterapi, men ingen metodiske beskrivelser utover det.

Den store bredden blant pasientene i alder, sykdommer og problemstillinger, resulterer i en rekke mulige innfallsvinkler i den kliniske praksisen mht. målsetninger, metoder og teoretisk forankring. Forskningsprosjekter er derimot som regel mer spesifikke av natur. Det finnes dermed mange beskrivelser internasjonalt av spesifikk klinisk pediatrik praksis rundt en avgrenset problematikk, men ikke så mange oversikter som gir et mer helhetlig bilde av musikkterapitilbud på barnesykehus.

Oppsummering av hovedlinjene i pediatrik musikkterapi praksis.

Følgende oppsummering av klinisk pediatrik musikkterapi praksis er egen syntese av den gjennomgåtte litteraturen samt egen erfaring, hvor representasjon av alle de ulike begrepene og fagområdene er forsøkt ivaretatt (Bradt, 2013a; Bruscia, 2014; Clark et al., 2014; Edwards, 2005b; Evans, 2002; Loewy, 1997; Robb & Carpenter, 2009; Sanfi & Bonde, 2014; Stouffer, Shirk, & Polomano, 2007; Tucquet & Leung, 2014; Ærø & Aasgaard, 2011; Aasgaard, 1999). Oppsummeringen er i stikkordsform, og viser hovedlinjene i mål, metoder, og teoretisk tilnærming.

Hovedmål

- Fysiologisk/Medisinsk; prosedyre-/smerte-/symptommestring eller endring
- Kognitivt/Emosjonelt/Psykososialt; trygghet, selvfølelse, identitet, relasjon
- Sosialt/Miljø/Familieorientert; sosialisering, normalisering, utvikling, rehabilitering

Metoder

- Aktive: samspill, improvisasjon
- Reseptive: avspenning, visualisering
- Analytiske: sangskrivning, komposisjon, samtale

Mottagere

- Individuelt 0 – 18 år
- Gruppe
- Miljø

Teoretisk tilnærming

- Medisinsk: nevrologi/fysiologi/biologi
- Ressursorientert/Kognitiv
- Psykodynamisk/Psykoanalytisk
- Systemisk/Integrativ/Samfunnskunnskap

Vi ser at mye av dette er beskrivelser som passer også til andre praksisarenaer i musikkterapi. Det spesielle for pediatrien er klientenes alder, koblingen til det medisinske, og den konstante variasjonsbredden i daglig klinisk praksis. Ved siden av beskrivelser av det kliniske tilbudet, er tverrfaglighet og dokumentasjon tema som går igjen som viktig og/eller problematisk i litteraturen. Dette er tema som tas opp senere i oppgaven.

RESULTATER AV DATAINNSAMLING

Alle spørreskjema og intervjuer ble gjennomført etter planen, med påfølgende analyseprosess. I dette kapitlet gis en kort oppsummering av de viktigste tendensene i datamaterialet. Kodede matriser av dataene ligger som vedlegg, men det vil ikke bli gitt en fullstendig oversikt over alle data som har kommet inn. Hovedkategoriene og subgruppene har fremkommet som følge av teori og analyseprosessen, og baserer seg i stor grad på kategorier knyttet til formelle og uformelle strukturer, samt uttalte mangler. Noen steder er teksten krydret med såkalte ”kunstige sitater”, også kalt representative utsagn (Malterud, 2006). Disse sitatene er ikke originale, men sammensatte utsagn som gir en essens av ytringene innen en kategori eller subgruppe. Dataene presenteres ut fra de tematiske hovedkategoriene: ledelse og organisering, musikkterapeutens rolle og funksjon, fagmiljø og fagutvikling, og visjon. Først presenteres data fra musikkterapeutene, så fra lederne, og til sist hvordan resultatene av hver enkelt lokasjon fremstår på tvers av informantgruppene. De viktigste variablene fra hver kategori blir oppsummert som funn underveis. Funnene vil bli ytterligere belyst i neste kapittel, i delen med hovedanalyse og diskusjon.

Musikkterapeuter

Som nevnt i metodedelen har det vært stort sammenfall i begrepsbruk blant musikkterapeutinformantene, både når det gjelder beskrivelser av egen praksis, erfaringer og utfordringer. Vedlegg nr.5 viser en kodet matrise med data fra musikkterapeutene.

Musikkterapeutene om ledelse og organisering

Musikkterapeutene er tilknyttet sykehusene på i hovedsak tre ulike måter: fast stilling på ordinært budsjett, prosjektstilling finansiert av gavemidler, eller innleie utenfra, også dette finansiert av gavemidler. Fire av fem musikkterapeuter har en kombinert stilling, dvs. at musikkterapi i pediatri utgjør 40 -50 % av en stilling på totalt 80 -100%. Den andre stillingsdelen er innen barne- og ungdomspsykiatri ved samme sykehus (c og e), annen pediatrikisk virksomhet ved samme sykehus (b) eller innen musikkpedagogikk

utenfor sykehuset (d). Kun en av musikkterapeutene oppgir å ha en leder med nærhet til fagfeltet, og to har lederen sin utenfor pediatrien. Dette gjenspeiler seg i praktisk ledelse hvor graden av støtte, tilgjengelighet og hjelp til struktur og utvikling står i forhold til leders nærhet. Forskjellene her er med andre ord store. Musikkterapeutinformantene beskriver det som alt fra: "Klinikkledelsen er mye fraværende, og de har lite kontakt med det jeg gjør" til "Tilbudet er godt forankret i ledelsen, som bruker tiden sin på at denne stillingen skal bli best mulig."

Der lederen står utenfor pediatrien gis kun lederskap på administrativt plan. Alle musikkterapeutene viser til mangler og utfordringer i ledersituasjonen. Dette handler primært om at leder har manglende kontakt med det kliniske og får lite eierskap til musikkterapitilbudet, noe som resulterer i til dels lite bevisst styring.

Musikkterapeutene tar eller får selv mye ansvar for faget. "Jeg står veldig fritt til å prioritere selv". "Alt er avhengig av mitt initiativ, men jeg får respons på det jeg bringer inn". Fire av fem oppgir at de initierer alt hva gjelder ansvar for praksis og fagutvikling, mens den femte jobber selvstendig innen en gitt struktur (b). En av de fire viser også til gitte strukturer og systemer, men som da er etablert av musikkterapeuten. Der musikkterapeutene har ledere utenfor pediatri sees også uklar eller manglende styring og ansvarsfordeling, noe som kommer frem i utsagn som: "Ansvaret er nok ikke helt avklart, og ingen står egentlig i en lederrolle overfor meg".

De viktigste variablene som tegner seg her er: variasjon, ledernærhet, ansvarsavklaring og struktur.

Musikkterapeutene om deres rolle og funksjon

Under dette punktet omtales musikkterapeuten sitt forhold til klinisk praksis, faglig rolle og tverrfaglig praksis, slik det fungerer på de ulike sykehusene.

Både når det gjelder henvisning og metoder i klinisk praksis er det stort samsvar hos musikkterapiinformantene. Det gjøres bruk av alle de fire hovedmetodene i musikkterapi: improvisasjon, komposisjon, gjenskaping og reseptiv metode. Musikkterapitilbud gis til mer eller mindre til alle avdelinger hvor det er somatisk syke

barn, både medisinske, kirurgiske og intensive avdelinger. Alle gir både gruppetilbud i sykehusmiljøet, og individuell oppfølging av pasienter fra 0 – 18 år. Prioriteringer av pasienter blir gjort i all hovedsak ut fra de samme kriteriene: vurdering av lengde på oppholdet, diagnosens alvorlighetsgrad, og erfaringer med utrygghet, kvalme/smerte eller psykososiale utfordringer. Pasientene henvises til musikkterapi via mange ulike kanaler: muntlig av medisinsk eller pedagogisk personale, via tverrfaglige møter, via skriftlige lapper, telefon, mail eller elektronisk journal. Ved ett sykehus har musikkterapeuten ikke tilgang til elektronisk journal, og henvisninger/dokumentasjon av individuell oppfølging i musikkterapi er ikke en del av sykehusets elektroniske dokumentasjonssystem der. Ved de andre sykehusene skrives det notater fra individuelle musikkterapitimer i elektronisk journal, men det kan være like viktig med muntlig formidling til andre ansatte rundt hva som skjer i musikkterapisesjonene: ”Det er ikke så mange som leser det jeg skriver i journalen, men det blir fanget godt opp når jeg sier det muntlig”.

Ved alle sykehusene blir musikkterapitilbudet mottatt som noe positivt, men musikkterapeutene rapporterer alle om veldig varierende forståelse for faget og rollen blant de andre ansatte. Følgende sitat er representativt for alle informantene: ”Musikkterapien blir godt mottatt overalt, folk vet at jeg er der, og hva jeg jobber med. Noen som jeg samarbeider tett med, har god forståelse for hvordan jeg tenker og planlegger i musikkterapi, mens andre ikke har det. Det varierer fra avdeling til avdeling”.

Den varierende forståelsen gjenspeiler seg i den tverrfaglige praksisen. Alle musikkterapeutene har et bredt tverrfaglig kommunikasjonsnettverk bestående av både medisinsk og pedagogisk personale samt ansatte i kliniske støttefunksjoner, som for eksempel fysioterapeut, psykolog og ernæringsfysiolog. Det er ulik grad av fast struktur rundt det tverrfaglige arbeidet. Tre musikkterapeuter deltar i ukentlige tverrfaglige møter med bred sammensetning, to har ukentlige møter med en smalere faggruppe og ellers tverrfaglige møter sjeldnere eller ved behov. De som har det minste tverrfaglige nettverket er de samme som har ledelse utenfor pediatri (c og d). Fire av fem musikkterapeuter melder om utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet, at det blir for tilfeldig og personavhengig, og gjerne flerfaglig mer enn tverrfaglig da det ikke settes

felles mål: "Rapporten kan være overfladisk og lite gjennomtenkt, litt avhengig av hvem som jobber. Jeg kunne ønske vi hadde flere felles mål". Der systemer mangler blir det viktig for musikkterapeuten med generell tilstedeværelse og synlighet for å fange opp informasjon: "Jeg må være tilstede for å fange opp aktuelle pasienter, og har faste rutiner for å innhente informasjon. Jeg synes i grunnen at den litt uformelle måten er den som fungerer best". Én musikkterapeut oppgir å inneha en naturlig plass som behandler ved sykehuset (b). Den samme oppgir få utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet. Musikkterapeut e) oppgir ingen utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet, og sier selv at det fungerer godt fordi forholdene er små. Alle sitatene viser at tverrfaglig arbeid ofte oppleves personavhengig og tilfeldig. Når det fungerer, er det gjerne preget av å være uformelt og ikke systematisk.

Sitatene gir inntrykk av at de viktige variablene er: samsvar i klinisk praksis, positiv tverrfaglig mottagelse men variabel forståelse, tilfeldig og personavhengig tverrfaglig samarbeid med stor bredde.

Musikkterapeutene om fagmiljø og fagutvikling

Det er stor forskjell ved de ulike lokasjonene når det gjelder struktur og strategi for fagmiljø og fagutvikling for musikkterapeutene og musikkterapitilbudet. Her har jeg sett på hvorvidt arbeidsplassen (ledelsen) legger til rette for dette ved bruk av evaluering, veiledning, kurs, oppfordring til forskning og publisering. a) og b) utmerker seg med flest strukturelle tiltak for fagutvikling. De samme to tilkjenner seg flest konkrete ønsker rundt videre utvikling av faget: "Ledelsen ser at det er viktig at jeg deltar på konferanser og får tid til å jobbe med skriving og utvikling. Jeg får stor frihet, men også ansvar for å følge med". I begge tilfellene har musikkterapeutene hele sitt virke innen pediatrifeltet. Også hos e) er det noe konkret fagutviklingsstruktur: "Jeg ønsker å utvikle praksisen, har fått støtte til videreutdanning, og opplever ikke å bli bremsset". Der det er lite tilrettelagt for fagutvikling, kan musikkterapeuten sitte med opplevelser som kan ha følgende beskrivelser: "Ingen her spør etter evaluering av musikkterapitilbudet" og "Jeg er dessverre ganske dårlig til å oppdatere meg, og det er ingen her som blir oppfordret til forskning."

Gjennomgående er musikkterapeutens egen drivkraft avgjørende for fagutvikling, og musikkterapeuten er gjerne den eneste som evaluerer sitt egen fagområde. Unntaket er musikkterapeut b) som også her har strukturer og systemer gitt av ledelsen, som vi så under organisering, ledelse og ansvar. Stillingsinstruks foreligger hos a) og b), de andre har det ikke.

Viktige variabler som kommer frem under temaet fagmiljø og fagutvikling er: stor variasjon i muligheter for fagutvikling, egen motivasjon, større stillinger innen pediatri fremmer fagutvikling.

Musikkterapeutene om visjon

Når det gjelder ønsker for faget i fremtiden, viser alle musikkterapeutene til at de savner muligheter til å gå mer i dybden, inn mot spesifikke medisinske diagnoser og situasjoner, evt. også psykodynamisk og psykoterapeutisk. De vil jobbe frem mot et mer definert yrke og rolle, og sikre prioriteringer og tverrfaglig koordinasjon/kommunikasjon med fokus på helhet: "For fremtiden ønsker jeg å kunne jobbe mer systematisk, og opparbeide meg mer faglig tyngde inn mot spesifikke diagnoser uten å miste alt det fine arbeidet rundt det å skape trygghet, glede, omsorg som alt er etablert." Alle så nær som én nevner at de ønsker en utvidelse av musikkterapi tilbudet med større eller flere stillinger.

Viktige variabler under temaet visjon for musikkterapeutene er: spisset praksis, systematikk, faglig tyngde.

Ledere

Blant lederne var det større forskjeller i beskrivelser rundt musikkterapi enn hos musikkterapeutene, noe som gjorde det litt mer utfordrende å sette opp en sammenlignende matrise. Også her er de aktuelle subgrupper kommet frem som følge av analysen av materialet. I den kodede matrisen (vedlegg nr. 6) ser vi at de fraviker noe i forhold til subgruppene hos musikkterapeutene, men de forholder seg i sum til de samme overordnede kategoriene: ledelse og organisering, musikkterapiens rolle og funksjon, fagmiljø og fagutvikling, og visjon.

Lederne om ledelse og organisering

De syv lederintervjuene representerer fem lokasjoner. Nr. 1 og 3 er ikke formelle ledere, men kontaktpersoner i pediatri eller i annen del av stillingen. Av de formelle lederne tar nr. 4 og 5 primært administrativt ansvar for den delen av stillingen som er i pediatrien, ikke sosialt eller fagstrategisk ansvar: "Jeg har personalansvar og passer på at musikkterapeuten får lønn, så styrer musikkterapeuten selv mot systemet i pediatrien, noe jeg tror går helt fint". Deres lederrolle ellers dreier seg i hovedsak rundt en annen del av stillingen. For nr. 6 og 7 er hele lederskapet knyttet til pediatri. Med unntak av nr. 6 oppgir alle lederne at musikkterapeuten er mer eller mindre selvstyrt i det daglige. Nr. 6 utmerker seg ellers med sterk grad av helhetlig ledelse, dvs. konkretisert bevisst ledelsesstyring både administrativt, sosialt og fagstrategisk: "Vi har et klart prosjekt definert i en prosjektplan. Jeg følger opp musikkterapeuten som prosjektleder, med støtte til gode rammer, og bidrag til langsiktige mål og strategier". Nr. 7 viser også helhetlig ledelse, men konkretisert på merkbart færre felt. Nr. 2, 3 og 4 omtaler ingen mangler i ledelse (totalt to lokasjoner). Mangler som nevnes av de resterende dreier seg om at leder har lite nærhet til klinikken og mangler fagbakgrunn, at musikkterapien er komplisert å organisere, eller at leder ikke har noen utveksling med pediatri delen av musikkterapeutens arbeid: " Dette med hvor musikkterapien skal være organisert, synes jeg er litt vanskelig. Det hadde nok vært bedre om den var nærmere klinikken".

Her ser vi at ledere som ikke deltar i daglig styring av musikkterapeutene, heller ikke ser noen mangler eller utfordringer ved lederstrukturen. Viktige variabler som kommer frem er: nærhet til leder, selvstyring, manglende fagbakgrunn, komplisert organisering.

Lederne om musikkterapeutens rolle og funksjon

Alle som har tilknytning til pediatrien (nr. 2, 3, 6 og 7) gir konkrete beskrivelser av musikkterapeutens rolle og praksis, nr. 3 mindre fylldig enn de andre. Her beskrives musikkterapien som supplerende behandling, og terapeuten som en del av teamet. Praksisen eksemplifiseres som prosedyrestøtte, avspenning, mestring, psykososialt arbeid etc.: "Musikkterapi er en supplerende behandling som kan finne frem til styrke og mestring hos pasientene så pasientforløpet skal bli lettere, for eksempel i arbeid med smerter eller prosedyrer. Det gis tilbud individuelt, i grupper og som

fellesarrangementer. Musikkterapeuten bidrar med en viktig kompetanse i helhetsperspektivet.”

Nr. 3 gir sammen med nr. 4 mer generelle beskrivelser, og sier at de tror musikkterapi kan bedre hverdagen og nå pasienten på en annen måte. De mener at musikkterapi er viktig og er ikke bekymret for musikkterapien i pediatri. Nesten alle omtaler musikkterapi i pediatri som en viktig del av den helhetlige behandlingen. Av utfordringer og mangler, finnes uttalelser om at musikkterapien til dels har en tilfeldig praksis som ikke er satt i system, at det ikke er godt nok integrert eller at leder ikke helt vet hvordan det fungerer i praksis. Nr. 1, 3 og 5 trekker frem viktigheten av å få en egnet person i stillingen når det bare er én musikkterapeut, spesielt med tanke på samarbeidsevne. Nr. 1 og 5 er primært ledere for den delen av musikkterapistillingen som er innen psykiatri, og snakker mest om hvordan musikkterapien fungerer der. Der har de har mye fokus på musikkterapeutens kompetanse og tilstedeværelse som teammedarbeider, og viser en helhetlig tenkning rundt tilbudet med hensyn til henvisning, utredning og evaluering: ”Vi er opptatt av at musikkterapeuten ikke skal bli en satellitt i miljøet, men være her nok til å bli ordentlig integrert i utredningsarbeidet. Vi bruker musikkterapien som en del av kartlegging og behandling, og har en fast struktur på tilbudet.”

Av dataene kommer det frem at ledere innen pediatri har et betydelig mer konkretisert forhold til hva musikkterapien har som mål med det kliniske arbeidet i pediatrien enn de andre lederne. Flere uttrykker også at praksisen har utfordringer med integrering. De som er ledere innen psykiatrien ser ut til å tenke helhetlig rundt bruk av musikkterapi.

Viktige variabler som kommer frem er: varierende beskrivelse av klinisk arbeid, fagtilhørighet er avgjørende.

Ledere om musikkterapeutenes fagmiljø og fagutvikling

Nr. 6 og 7 utmerker seg med høyest fokus på systematisk fagutvikling av musikkterapien. Stikkord for hva de vektlegger er kompetanseheving, innovasjonskultur, planer for oppfølging/evaluering, forskning og kommunikasjon. De

samme lederne nevner også positiv utvikling av musikkterapien de siste årene, med konkret eller gryende fremgang for musikkterapiens stilling/praksis, mer avklart rolle og tydeligere kommunikasjon: "Det har skjedd mye de siste årene, vi har jobbet målrettet, og vi ser en positiv utvikling og merkbar økning i etterspørselen etter musikkterapi. Musikkterapeuten er selv aktiv i forhold til å videreutvikle faget, og jeg forventer deltagelse i forskning." Lederne utenfor pediatrien (nr. 1, 4 og 5) viser ikke til fagutvikling i pediatri i dag. Nr. 2 ønsker seg en mer systematisk satsing, og tilrettelegger også for noe fagutvikling gjennom videreutdanning for musikkterapeuten. Av mangler innen fagmiljø/fagutvikling nevner noen ledere at musikkterapi ikke har naturlig tilhørighet til noe fagmiljø på sykehuset, eller ikke anses å trenge dette.

Her kommer det frem store forskjeller mellom de ulike lokasjonene. Der musikkterapeuten har størst stillingsandel innen pediatri, er den systematiske satsningen størst. Viktige variabler her er: stor variasjon i fagutvikling, tilhørighet.

Lederne om visjon

Med unntak av nr. 1 og 4 viser alle ledere til en ønsket fremtid for musikkterapien med mer systematisk spisset satsning på områder som forskning og evidensbasert praksis, mer systematisk og differensiert, bedre integrert og mer synlighet. Mange ser et økende behov for musikkterapi i tiden fremover, og generelt behov for mer samhandling blant annet på grunn av stadig sykere pasienter, og som følge av økende kunnskap om sammenheng mellom psyke og soma. Nr. 2, 5 og 7 vil vurdere en ny organisering av musikkterapien i tiden som kommer. Nr. 2 og 3 viser til at økonomi også vil bli styrende for tilbudet fremover, og viser til at myke faktorer fort taper i kampen om ressursene.

Viktige variabler som viser ledernes visjoner for fremtiden er: spisset praksis, systematikk og integrering, økende behov og omorganisering.

Lokasjonene

Her har jeg sett på i hvilken grad det er samsvar mellom beskrivelsene som gis av musikkterapeuten og lederen(e) ved en og samme lokasjon.

Lokasjon IV og V utmerker seg ved stort samsvar i besvarelsene. Noen punkter som kan forklare dette er god nærhet til ledelse og en bevisst struktur for fagutvikling. Lokasjon V har også enighet om mangler i større grad enn IV, og det fremkommer betydelig større grad av helhetlig ledelse hos IV. En viktig forskjell mellom IV og V er at kun V har fast stilling, hvilket åpenbart ikke er utslagsgivende for hvordan organiseringen fungerer i praksis.

Ved lokasjon I og III sees også stor grad av samstemthet, men her kommer det frem mer enighet rundt mangler og utfordringer. Lederen hos III har kun administrativt ansvar for musikkterapeuten i pediatri, dermed står musikkterapeuten uten noen i lederrollen, noe de begge er klar over. Det er enighet om at musikkterapeuten tar alt ansvar i den delen av stillingen som er innen pediatri. Lokasjonen preges ellers av frustrasjon, noe som kan forklares med uklar tverrfaglig struktur og lite systematisk fagutvikling. Hos I er det enighet om at det er for stor avstand mellom musikkterapeut og leder, det ser ut til at leder ønsker mer forskning og evidensbasert praksis, men musikkterapeuten opplever ingen oppfordring til dette. Begge ønsker en tydeligere satsning, men det vises ikke samsvar i hvilke mål de vil jobbe mot. Psykiatridelen av jobben blir hos både I og III tydelig ledet, og musikkterapeutene har selv etter hvert søkt seg mer over mot fagmiljøet i psykiatrien.

Både hos III og IV er musikkterapeuten i prosjektstilling, hvor den største forskjellen er at prosjektet hos IV er klart definert og har en tydelig helhetlig ledelse. På samme måte har både I og V faste stillinger, men V oppgir en adskillig større nærhet til ledelsen.

Lokasjon II har en utfordrende organisering med ledelse utenfor sykehuset, og flere kontaktpersoner innenfor som ikke har lederansvar. Mellom musikkterapeut og leder er det veldig lite samstemthet i hvordan de beskriver musikkterapien, annet enn enighet om at musikkterapeuten er selvstyrt og tar eget ansvar for pediatrien.

Kontaktpersonene er i større grad samstemte med musikkterapeuten i beskrivelsen av tverrfaglig samarbeid og klinisk praksis. Administrativt og faglig ansvar fremstår uklart ved dette sykehuset. Lokasjonen viser ellers til begrenset struktur på tverrfaglig samarbeid, lite fagutvikling og mangel på dokumentasjon.

ANALYSE OG DISKUSJON

Systemteori i praksis

Ved omsider å sitte med alt datamaterialet i hendene, i tillegg til gjenklngen av all litteraturen som er lest i forbindelse med denne oppgaven, får jeg en sterk egen forståelse av hvorfor systemisk tenkning har vunnet frem som toneangivende teori i humanistiske fag. Alt henger sammen med alt, som det sies på folkemunne. Som utgangspunkt vil man for eksempel kunne anta at en fast stilling vil være en viktig nøkkel til et godt integrert musikkterapitilbud på et sykehus. Analyse av lokasjon IV opp mot I og V viser imidlertid at det kan være like betydningsfullt med et klart definert mandat og god struktur rundt musikkterapitilbudet. En vil kunne anta at dokumentasjon i sykehusets eksisterende journaler vil kunne trygge musikkterapeutens rolle og funksjon i det tverrfaglige bildet, men lokasjon III viser at det ikke nødvendigvis er avgjørende, om en tilstedeværende ledelse mangler. Disse eksemplene er i tråd med systemteori, en teori som utgjør en fellesnevner for nyere organisasjonsteoretikere, og som vi skal se litt nærmere på.

Ulike organisasjonsteoretikere henter sitt kunnskapsgrunnlag fra forskjellige disipliner som sosiologi, psykologi og økonomi. De ulike ståstedene reflekterer grunnleggende ulike syn på epistemologiske og ontologiske spørsmål, og videre ulik forståelse rundt hva som ligger til grunn for organiseringen (Askeland, 2013). Likevel har de fleste teoretikerne systemteori som grunnleggende felles fundament i sin måte å forstå organisasjoner på. Systemteoriens vesentligste bidrag var idéen om at ulike systemnivåer er tilpasset hverandre som én levende organisme; Alle systemer inngår i systemer på et høyere nivå, og innbefatter alle underliggende (les iboende) nivåer. Teorien har sitt navn fra biologen Bertalanffy som ønsket å gjøre vitenskapens utvikling mindre fragmentert. Teorien ble senere videreutviklet, bl.a. av økonomen Boulding (Busch et al., 2010; Hatch, 2012). Den viser kompleksiteten i en organisasjon – sammenhengene mellom alle elementene organisasjonen består av, og hvordan disse ulike elementene i systemet påvirker hverandre. Helhet, deler og relasjoner mellom disse utgjør systemets struktur. Tidligere var organisasjoner gjerne bygget opp som pyramider, men i dag er ikke lenger hierarkiet så tydelig og ensidig. Man vet nå at ulike subsystemer oppstår i organisasjonene og at viktig kompetanse finnes på mange nivåer

(Lauvås & Lauvås, 2004). Disse grunnelementene ved dagens organisasjonstenkning er i hovedsak uavhengig av hva slags produksjon organisasjonen tilbyr. I musikkterapiens tilfelle dreier det seg om tjenesteproduksjon, og jeg synes systemteori gir en god forståelsesramme for kompleksiteten i datamaterialet til denne oppgaven. I materialet kommer det nettopp frem sammenhenger mellom mange ulike organisasjonselementer, som motivasjon, ansvar, ledelse, kommunikasjon og fagutvikling. Et systemteoretisk blikk kan gi en helhetlig forståelse av bildet, og tydeliggjøre hvilke muligheter som finnes for endring der det er nødvendig.

Kompleksiteten i systemsammenhengene gjør at det er utfordrende å stykke opp beskrivelsene i overskrifter, da temaer stadig berører hverandre på tvers av den oppdelingen man velger. For å få en oversiktlig struktur på innholdet, og for å sikre at materialet fra informantene står så sentralt som mulig, har jeg valgt å dele den videre teksten i tre hoveddeler – inspirert av ulike tematiske deler i dataresultatene:

- **De store linjene i organiseringen**
 - struktur, ledelse, målarbeid og sentrale prosesser
- **Den kliniske hverdagen**
 - praksis, tverrfaglighet, kommunikasjon og faglig rolle
- **Kvalitet og fremtid**
 - fagutvikling; rammer, verktøy og ønsker fremover

Tematikken vil bli diskutert i lys av oppgavens teoretiske grunnlag: organisasjonsteori, profesjonsteori og klinisk musikkterapipraksis, samt egen erfaring. Av dette brede teoretiske grunnlaget har jeg valgt ut områder som viser seg relevant for datamaterialet, og som jeg ser et praktisk potensiale i, med tanke på positive endringer fremover.

De store linjene i organiseringen

Som litteraturgjennomgangen viser, har jeg funnet lite litteratur med direkte fokus på musikkterapeuters ansettelsesvilkår, organisering og implementering i pediatri – som jo er et hovedmål for denne studien. Abad og Williams (2009) er av dem som tar opp temaet, ikke angående pediatri spesielt, men generelt for musikkterapeuter i Australia. Her vises det til utfordringer rundt det å fremskaffe økonomiske midler og sikre

ansettelsesforhold. De poengterer viktigheten av evidensbaserte data med god forskningskvalitet som beviser musikkterapiens positive innvirkning på liv og helse, og stiller spørsmål rundt hvordan musikkterapeuter som arbeidstakere selv kan bidra til å få gode arbeidsvilkår, bedre lønninger og fleksible arbeidsmiljø i tiden som kommer. Det pekes også på bedre samarbeid mellom klinikere og forskere som en fremtidig vei mot bedre evaluering og dokumentasjon av klinisk praksis.

I mitt datamateriale fremkommer ingen tydelige forskjeller som følge av om musikkterapeuten har fast stilling eller ikke. Tvert imot fremstår det som minst like viktig at mål for musikkterapien er klart definert og blir fulgt opp systematisk, eventuelt som prosjekt. Min erfaring og kjennskap til feltet gjennom mange år tilsier derimot at det er problematisk å få til en god utvikling over tid om musikkterapitilbudet preges av midlertidighet og ustabilitet fremfor kontinuitet sikret gjennom trygge stillinger. Jeg kjenner til flere eksempler på at midlertidige og ustabile musikkterapistillinger ved barnesykehus er blitt kuttet, tilbudet er blitt begrenset eller kuttet helt i perioder. Ved ny oppstart har da musikkterapeuter stadig måttet starte implementeringsarbeidet fra begynnelsen igjen. Det er generelt noen fordeler knyttet til etablering av faste stillinger. På grunn av økonomi og familiesituasjon er det gjerne begrenset hvor lenge en arbeidstaker har mulighet til å bli i en usikker jobbsituasjon, det tar tid å tilegne seg spesialiseringskompetanse, og fagutvikling krever at tilegnet kompetanse holdes i fagfeltet over tid, slik faste stillinger inviterer til. Med faste stillinger følger det også rettigheter, formelle tilknytninger og strukturer som kan gi trygghet for arbeidstakeren, og sikring av fagfunksjonen. Som motvekt til tanken om at kontinuitet alltid er det beste, kan man argumentere med at det er lett å gå i vante mønstre, også når vanene ikke er gode. Om musikkterapien er dårlig integrert og har fått en lite hensiktsmessig rolle i en organisasjon, kan det tenkes at det vil være lettere for en musikkterapeut å starte med blanke ark enn å forandre en etablert rolle og kultur.

Uavhengig av hvordan musikkterapeuten er tilknyttet organisasjonen, er det mulig å danne seg et bilde av hvordan tilknytningen fremstår. Den kan være godt eller dårlig fungerende og resultat av en bevisst eller tilfeldig prosess. Vi skal se på fakta og data rundt struktur, ledelse, målarbeid og prosesser for å få mer innsikt i de store linjene, og

vil ta utgangspunkt i hvordan organisasjon- og ledelsesteorien fremstiller ulike elementer i dette fagområdet.

Strategi og struktur - generelt

Strategi og struktur hører inn under de formelle elementene, slik det fremstår i organisasjonsteorien. De formelle elementene er organisasjonens *ytre rammer, synlige og uttalte mål, struktur og strategi* slik det blir kommunisert utad og er synlig for eksempel i et organisasjonskart (Busch et al., 2010; Hatch, 2012; Jacobsen & Thorsvik, 2014). Formelle elementer inneholder rutiner for samarbeid, ledelseslinje, grupperinger av ansatte, beslutnings- og evalueringsprosedyrer m.m., og det er mange måter man kan sette opp slike rammer for organisasjonen på. Rammen blir en viktig faktor og et styringsverktøy for å klare oppgaveløsningen, som jo er utgangspunktet for hele organisasjonens eksistens – å løse en felles oppgave. I strategisk arbeid blir det besluttet hva en organisasjon skal ha fokus på fremfor noe annet, for å avgrense feltet det jobbes inn mot. Dette bestemmes i forhold til organisasjonens målsetninger.

Hovedmålsetningene vil gjerne være stabile, mens delmål kan være mer foranderlige. Ved behov kan det velges nye strategier, og tas grep for eksempel i retning av nye mål, omstilling og endring. Strategi og struktur påvirker hverandre gjensidig, men ofte blir strukturen funnet som følge av strategien (Busch et al., 2010; Jacobsen & Thorsvik, 2014). Strukturen sier noe om hvem som samarbeider med hverandre, hvilke grupperinger og ansvarsfordeling som finnes. Om en struktur blir for fastlåst og etablert, kan strukturen bremse utvikling og nytenkning. En god og tydelig struktur kan derimot også være viktig for ansattes opplevelse av stabilitet, og gir god mulighet for spesialisering innen et fagområde (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Både strategiske og strukturelle grep vil altså kunne tas for å bedre en problematisk situasjon, som for eksempel uklarhet rundt organisering, ledelse og målsetting for musikkterapi i pediatri. Sykehus generelt er kjent som organisasjoner hvor endringer skjer langsomt, og tradisjonelle hierarkiske systemer står sterkt. Dette kan bremse innføringen av ny strukturering, noe det blir behov for ved nye profesjoners inntog i helsevesenet (Lauvås & Lauvås, 2004). Ord som strategi og struktur blir gjerne omtalt som systemer i daglig tale, slik Mangersnes skriver: "Kunnskap om korleis musikkterapeutar arbeidar i eit system, korleis dei vert integrert i systemet, samt behov for meir kunnskap og forskning

om systema er nødvendig” (Mangersnes, 2012, s.66). Mangersnes etterspør her mer kunnskap om hvor musikkterapeuten er plassert i de formelle strukturene, noe denne oppgaven vil gi et svar på.

Ledelsesnivå i teori og praksis

Alle musikkterapeutene viser til mangler og/eller utfordringer med ledelsessituasjonen, og ved fire av lokasjonene vil ledere vurdere ny organisering av musikkterapien i fremtiden, enten fordi den ikke fungerer tilfredsstillende i dag, eller fordi det inngår som en del av prosjektplanen. Hele denne oppgavens tematikk er sprunget ut fra en antagelse om at det ligger et faglig utviklingspotensial i å se nærmere på organisering av musikkterapi i pediatri. Det er derfor ikke overraskende å se at dataene viser til mange utfordringer knyttet til organisering. Hvordan organisering og ledelse er vevet inn i hverandre, er et kunnskapsområde som gradvis har foldet seg ut for meg underveis i denne prosessen, og er igjen et eksempel på systemteori i praksis.

I følge ledelsesteori viser begrepene *administrasjon* og *ledelse* til to sider av lederrollen som begge er viktige. Det første, administrasjon, dreier seg om fokus på produksjon og effektiv problemløsning. Ledelse handler om meningsskaping, visjoner og generelle retningslinjer for utvikling av organisasjonen. I større organisasjoner finner man flere nivåer av ledere, som har mer spesialiserte ansvarsområder:

- Institusjonelt nivå: toppledelse, verdigrunnlag, normer, langsiktighet, helhet
- Administrativt nivå: mellomleder, mål, organisering, kommunikasjon
- Operativt nivå: daglig oppsyn med kjernevirksomhet, fagkunnskap

Alle ledere har også ulike, men integrerte roller knyttet til ansvaret for interpersonlige forhold, informasjon internt og eksternt, og beslutninger (Jacobsen & Thorsvik, 2014).

Kun én av musikkterapeutene i undersøkelsen har virkelig god nærhet til lederen sin, både faglig og praktisk. De andre har ledere som sitter høyt, dermed mer distansert i organisasjonen, eller formell ledelse utenfor pediatrien. Tre av musikkterapeutene oppgir at de i liten grad blir ledet, og de fleste oppgir at leder mangler kontakt med det kliniske og har lite bevisst styring av musikkterapien. Som ledelse regnes her at leder tar

administrativt ansvar, gir god støtte og er tilgjengelig, samt legger til rette for struktur og faglig utvikling .

Med unntak av lokasjon IV, ser det da ut til at musikkterapeutene har manglende ledelse på operativt nivå. Både ledere og musikkterapeuter opplyser at leder har lite kontakt med det kliniske arbeidet. Alle musikkterapeutene opplever at de har ledelse på administrativt nivå i den forstand at de får lønn, pensjonspoeng og ferie, men det er i varierende grad knyttet til spørsmål rundt for eksempel målarbeid og kommunikasjonsstrukturer. Noen av musikkterapeutene har en toppleder som sin nærmeste leder, men det fører ikke nødvendigvis til langsiktig og helhetlig tenkning rundt musikkterapitilbudet. Det ser heller ut til å kunne være et problem at det da blir stor avstand mellom ledelse og klinisk praksis, og at det kunne vært fornuftig med en mellomleder for å få minsket avstanden. Uten operativ ledelse tar musikkterapeutene stort ansvar for sin egen praksis. Dette beskrives gjennomgående av musikkterapeutene som en mangel ved organiseringen. De må ta ansvar for mye fordi det ellers ikke blir gjort. Denne ansvarsfulle rollen som musikkterapeutene beskriver at de tar i praksis blir ikke tydelig reflektert i organisasjonsstrukturen, igjen med unntak av lokasjon IV hvor musikkterapeuten er definert som prosjektleder, og er i team med prosjektledere som har ansvar for andre områder. Om musikkterapeuter selv kunne få rollen som operative ledere for sitt fag vil det kunne resultere i bevisstgjøring rundt ansvarsområder samt definert beslutningsmyndighet. Det operative nivået bør da ha en god og definert struktur for samarbeid med de neste nivåene for å nettopp kunne fungere operativt. Det vil gi musikkterapeuten naturlig tilgang til nettverk med andre operative ledere på tvers av faggrupper, men med felles klientgrunnlag. Tanken om musikkterapeutene som operative ledere i praksis, kan understøttes av det faktum at musikkterapeutene allerede tar et stort ansvar for ledelse av eget fagfelt, noe ledere og musikkterapeuter er enige om. Musikkterapeutenes store grad av ansvarstagen kan også knyttes opp mot temaet motivasjon, som vil bli omtalt senere i diskusjonen.

Målarbeid i teori og praksis

Intervjuene viser at ledere og musikkterapeuter ikke alltid snakker samme språk knyttet til musikkterapifunksjonen, noe som gjør at målsetninger for musikkterapipraksisen kan

fremstå noe utydelig og at de fort kan snakke forbi hverandre rundt spørsmål som burde vært avklart. I noen tilfeller ser det ut til at det fullstendig mangler dialog mellom leder og musikkterapeut rundt musikkterapeutens rolle og funksjon i pediatrien, kanskje fordi ledelsen har for stor distanse til det kliniske arbeidet. Kommunikasjon foregår da gjerne med kontaktpersoner og andre ansatte, men etterlater uklarheter rundt ansvar for fagutvikling og kvalitetssikring av musikkterapifaget. I slike tilfeller kan veien frem mot god integrering være ganske lang, da det ser ut til at musikkterapien ennå ikke er blitt et fag som organisasjonen tar bevisst grep om og ansvar for. Der musikkterapeuter og ledere er enige i hvilken rolle og funksjon musikkterapien skal ha, men lederen selv er i tvil om organiseringen er god nok, er det klarere at musikkterapien er kommet inn i varmen og løsninger for god integrering kan synes nærmere. Selv om den optimale organisatoriske løsningen ikke er funnet, er det i disse tilfellene i alle fall noen som leter etter den.

I organisasjonsteori er bestemmelse av mål sentralt, og et potensielt viktig verktøy for organisasjonen og arbeidstakerne. Viktige aspekter: hvem fastsetter målene, er målene klare, tydelige og mulige å nå? Målstyring som lederverktøy kan virke motiverende på arbeidstakere, men er avhengig av at de involverte er enige i målsetningene. Evaluering henger igjen uløselig sammen med målsetningene. I vår tid med stort press på dokumentasjon og evidensbasert virksomhet, kan det også bli for sterkt fokus på streng kontroll og evaluering av delmål, noe som igjen kan føre til *målforskyving*. Ved målforskyvning har oppnåelsen av delmål og effektivitet blitt et så stort mål i seg selv, at hovedmålet og helhetsperspektivet er blitt borte (Jacobsen & Thorsvik, 2014; Lauvås & Lauvås, 2004). Er det enighet om målene for musikkterapien, og om hvordan disse henger sammen med organisasjonens hovedvirke? Ved lokasjon I, IV, og V virker leder og musikkterapeut samstemte rundt hvilken rolle og praksis musikkterapien har og skal ha i pediatrien når det snakkes om klinisk praksis. Satsningen på musikkterapi ved disse lokasjonene tyder på at musikkterapien har hatt en positiv utvikling, og at tilbudet nå blir regnet med som en del av det helhetlige behandlingstilbudet. Det er imidlertid stadig uklart om det foreligger strategier og strukturer som gjør det mulig å gjennomføre ønsket integrering og utvikling av musikkterapi videre fremover.

Flere ledere nevner at det vanskelig å finne en god organisering av musikkterapeutene blant annet fordi de jobber på tvers av sykehusavdelingene og ikke har naturlig tilhørighet til noe eksisterende miljø på sykehuset. Også dette viser til mangler ved en del av de formelle strukturene ved organisasjonen. Når musikkterapeutene blir plassert organisatorisk under en leder som har lite kontakt med den kliniske hverdagen, eller er utenfor den pediatriske delen av organisasjonen, vil det kunne skje at de ikke automatisk blir en del av faglige grupperinger og formell kommunikasjonsstruktur. Det at såpass mange ledere finner det vanskelig å finne en god plass for musikkterapien i organisasjonens formelle struktur, vil dermed også kunne ha betydning for målsetninger, evaluering og for musikkterapeutens kommunikasjonsnettverk. Mangelen på en klar, bevisst og ønsket organisatorisk plassering kan tyde på at samsvaret mellom organisasjonens hovedmålsetning og musikkterapiens målsetninger er utydelig for alle involverte. Om det ikke er tilfellet, vil forbindelsen uansett kunne bli utydelig kommunisert utad. Her ser vi et eksempel på dilemmaet med høna og egget, eller igjen – på systemteoretiske sammenhenger: Godt arbeid med målsetninger kan føre til gode strukturer, men gode strukturer og kommunikasjon kan også bidra til godt målarbeid. Gjennom godt målarbeid kan det bli tydeligere, både for musikkterapeuten selv, for ledere og for andre ansatte hva musikkterapeuten kan bidra med i pediatrien. Det er nødvendig å sette seg til bordet for å utarbeide en felles forståelse av hva som skal være musikkterapiens oppgaver og hovedmålsetninger, knyttet opp mot organisasjonens virke. Nødvendige strukturer og systemer for å oppnå målene kan komme som følge av dette. I en slik prosess kan det være nyttig å trekke inn eksterne fagressurser med kompetanse på musikkterapeutisk fagutvikling og kvalitetssikring. Jeg tenker at det også kan være en stor fordel om fagutviklingen koordineres nasjonalt.

Prosesser: Motivasjon, ansvar og beslutninger

En tendens som tidlig viste seg veldig tydelig i datamaterialet fra informantene, var hvordan alle musikkterapeutene viser en betydelig grad av ansvarstaking og initiativ i arbeidet sitt, og ser ut til å ha stor motivasjon for praksisen og faget. Dette er gjennomgående, og tilsynelatende uavhengig av hvordan forholdene på arbeidsplassen blir beskrevet ellers. Lederinformantene bekrefter dette bildet til fulle, og beskriver musikkterapeuter med stor egendrivkraft og mye selvstyring. Motivasjon beskrives i

litteraturen som en av prosessene i organisasjoner som dreier seg om hva arbeidstakeren trenger på individuelt plan for å yte godt i jobben og vise en atferd som tjener organisasjonen og faget best mulig.

Et menneskes motivasjon styres av behov og forventninger. Om muligheten for tilfredsstillende gjennomføring er tilstede, så motiverer det til handling. Når primærbehov som sult, søvn og trygghet er dekket, melder det seg andre behov, som anerkjennelse, selvrealisering, makt, tilhørighet eller prestasjoner, i følge en undersøkelse av Maslow og Mc Clelland (Maslow og Mc Clelland i Jacobsen & Thorsvik, 2014). Slik denne undersøkelsen avdekker en del mangler rundt struktur og ledelse, tilhørighet og kommunikasjon, er det nærliggende å tenke at motivasjonen for arbeidet vil kunne synke blant musikkterapeutene. Det har ikke vært stilt spørsmål direkte omkring motivasjon, men i praksis vises det til stor drivkraft i arbeidet. Dette kan tyde på at musikkterapeutene er tilstrekkelig motivert for sin faglige praksis. En forklaring på motivasjonen kan være at forventningene er tilpasset forholdene, og at musikkterapeutene opplever stor mestring, mening og/eller anerkjennelse i det daglige arbeidet. Vi vet også at personlige trekk og ressurser har stor betydning for hvordan arbeidstakere fungerer i organisasjonens hverdagslige prosesser, i tillegg til formelle/uformelle elementer og lederskap (Hatch, 2012; Jacobsen & Thorsvik, 2014).

Som før nevnt, sies det at individene og interaksjonene mellom disse er organisasjonens beste ressurs for et godt resultat. Andre betydningsfulle prosesser for arbeidstakere, og dermed for grupper og organisasjonen som helhet, er: *kommunikasjon, beslutninger, læring og endring* (Hatch, 2012; Jacobsen & Thorsvik, 2014). Spørsmål rundt ansvarsfordeling og selvstyring hos enkelte arbeidstakere eller faggrupper, er en del av organisasjon- og ledelsesfaget knyttet til beslutningsprosesser. Selvstyring kan være et resultat av bevisst fordeling av beslutningsmyndighet fra leders side, men det kan også være et resultat av tilfeldigheter. Organisasjoner hvor beslutningsmyndigheten ligger primært i ledelsen, kalles sentraliserte. Der beslutningsmyndighet fordeles rundt i hierarkiet, kalles det en desentralisert styringsform. Noen organisasjoner preges av at uløste problemer flyter rundt og hemmer effektivitet fordi problemer ikke identifiseres og beslutninger ikke tas, kalt organisert anarki eller Garbage Can. I slike tilfeller er det behov for flere tydelige beslutningssituasjoner – for eksempel mer effektive møter.

Ansatte i alle ledd kan gis medbestemmelse i beslutningsprosesser, noe som kan sikre at man får observasjon og informasjon fra flere plan i organisasjonen (Busch et al., 2010; Jacobsen & Thorsvik, 2014). Tilfeldige beslutningsmodeller beskriver det som skjer når beslutninger ikke er grunnlagt på systematisk analyse, og er ofte utilsiktet. Da preges bildet bl.a. av :

- uklare mål
- uklar sammenheng mellom mål og virkemidler
- mange deltidsdeltagere
- mange selvstyrte beslutningstakere
- kortsiktige hensyn
- kun symbolsk støtte til prosjekter (ibid.)

I datamaterialet i denne undersøkelsen viser lokasjon II og III, og til dels I i stor grad til opplevelser av lite langsiktig styring, uklarhet rundt mål, virkemidler og evaluering, og selvstyrte beslutningstagere. Dette sannsynliggjør at den selvstyringen musikkterapeutene i praksis har ikke er valgt ut fra systematisk analyse men er blitt slik gjennom mer tilfeldige prosesser. Lokasjon IV fremstår som motsatsen til dette bildet, med størst grad av systematisk og helhetlig ledelse samt satsing på fagutvikling. Lokasjon V viser seg som en mellomting – med rimelig stor grad av struktur rundt fagsatsning og ledelse, men her vises det også til endel mangler i tillegg til stor grad av selvstyring hos musikkterapeuten. Dette kan tyde på en bevisst desentralisering av beslutningsmyndighet fra leders side, men hvor gode løsninger fremdeles ikke helt har funnet sin form i organisasjonen. To lokasjoner utpeker seg altså med størst grad av systematikk rundt musikkterapien, men heller ikke de mener å ha funnet en god organisering som står seg for fremtiden.

Når man ser på organiseringen av musikkterapeutene ved de fem ulike lokasjonene under ett, ser en stor variasjon. Det er interessant å merke seg at variasjonen ser ut til å følge et mønster: Lite nærhet til leder korrelerer med lite struktur rundt arbeidssituasjonen, samt lite satsing på fagutvikling. Det samme gjelder den andre veien: større nærhet og tilgjengelighet til leder gir mer struktur og satsning på musikkterapien. Det å ha en leder som er tilgjengelig og jobber med god nærhet til ansatte, ser da ut til å ha positive konsekvenser for fagutvikling.

Artikkelen til Ledger et al. (2013) er den eneste jeg har funnet som ser musikkterapipraksis i et rent organisasjonsteoretisk perspektiv gjennom endringsverktøyet Change management. I artikkelen beskrives erfaringer med å implementere musikkterapi som en ny tjeneste i helseinstitusjoner, og ser det i lys av metoden Change management, et humanistisk endringsverktøy. Det pekes der på noen avgjørende premisser for vellykket implementering: å identifisere muligheter for forandring i organisasjonen, god kommunikasjon og samarbeid med andre, og det å ha egne "utviklingsagenter" blant de ansatte, kalt 'gatekeepers'. Ledger viser til en systematisk tilnærmingssmåte hvor det først blir kartlagt udekkede behov som musikkterapien kan bidra til å fylle. I denne prosessen er det essensielt å få innsikt i kulturen og organiseringen ved institusjonen. Videre sørger gatekeepers for at klinikerne får tilgang til klienter og til organisasjonssystemet slik at det ligger til rette for tverrfaglig utveksling og samarbeid. Denne tankegangen er forenlig med det systemiske flettverket som beskrevet over, med bevisstgjøring og fordeling av ansvar og oppgaver innen kommunikasjon, beslutninger og målrettet arbeid. En oppgave som kan bidra i jakten på en optimal organisasjonsstruktur for musikkterapien, kan være å definere hvem som har eller bør ha rollen som gatekeepers. Slik det blir beskrevet her, forstår jeg en gatekeeper som representant og døråpner inn mot et bestemt fagmiljø eller en avdeling. Det kommer da i tillegg til ledelse på administrativt og operativt nivå, og har en tverrfaglig og praktisk funksjon som kan vurderes når musikkterapi skal integreres i en organisasjon.

Den kliniske hverdagen

Tematikken rundt den kliniske hverdagen knyttes her til det praktiske arbeidet musikkterapeuten gjør på sykehuset, hvordan faget tilbys og brukes, anses og koordineres i samarbeidet med andre ansatte. Underliggende temaer er *klinisk praksis, tverrfaglig samarbeid og faglig rolle*.

Klinisk pediatrik musikkterapipraksis i Norge og i utlandet

Til forskjell fra forrige tema, hvor vi til dels så stor variasjon blant lokasjonene når det gjaldt ledelse og målarbeid, kommer det frem store likheter når det gjelder klinisk

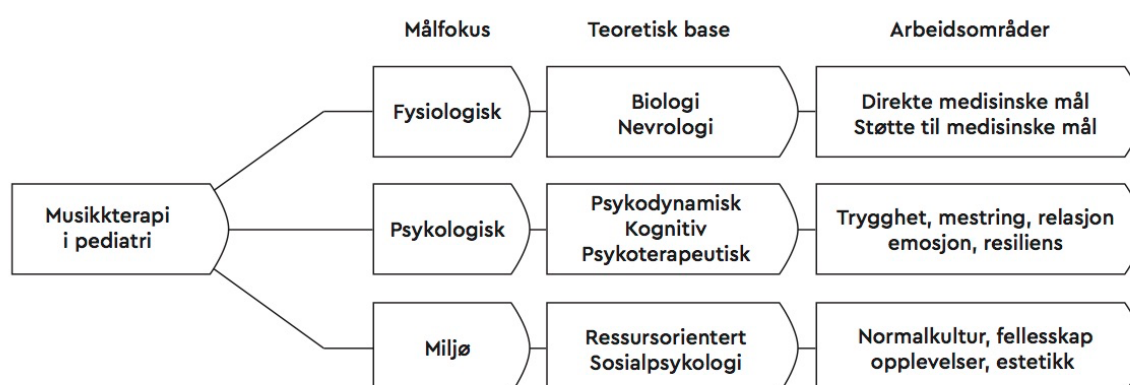
praksis. I presentasjonen av dataresultatene ser vi at det er stor samstemthet i det daglige musikkterapitilbudet på de ulike sykehusene. Tilbudet inneholder mer eller mindre de samme hovedmålene, brukergruppene og metodene, selv om det også vil være en naturlig variasjon sykehusene imellom på grunn av forskjeller i størrelse, region vs. landsdekkende sykehus m.m. Likhetene kan skyldes samarbeid i nettverket for musikkterapeuter i pediatri i Norge. Nettverket har hatt årlige møtepunkter i en årrekke, hvor det er blitt utvekslet erfaringer og man har lært av hverandre. I dette nettverket har vi også spurt oss om pediatrien som fagområde er bedre integrert i land som USA og Australia (Leinebø, 2015). Det har derfor vært interessant å se på hvordan et klinisk pediatriisk musikkterapitilbud er strukturert og presentert i litteraturen i land utenfor Norge.

Som det ble beskrevet i litteratursøket og teoridelen i denne oppgaven (s. 24/32) finnes en rekke caseeksempler, praksisvignetter eller dyptgående forskningsbeskrivelser av spesifikke situasjoner, og i mindre grad litteratur med overordnet oversikt over hele feltet av klinisk pediatriisk musikkterapipraksis. Her gir Bradt (2013a) sin bok et godt bidrag, med en god og omfattende oversikt og generelle retningslinjer for musikkterapi i pediatri. Boken tar kun for seg individuelle sesjoner, ikke musikkterapi i grupper eller i miljøet i et økologisk perspektiv. Beskrivelsen av klinisk praksis internasjonalt, med gjenkjenning i det norske tilbudet, er altså omfattende, men tidvis litt lite oversiktlige.

Klinisk praksis generelt blir gjerne beskrevet som bestående av henvisning, kartlegging, plan for mål og sesjoner, gjennomføring og evaluering. Dokumentasjon er en del av dette, som praktisk verktøy, og for å kvalitetssikre prosessen (Bradt, 2013a; Clark et al., 2014; Douglass, 2006; Stouffer et al., 2007). Systematisk og detaljert dokumentasjon har vært adskillig mer vektlagt i land som Australia og USA enn her hjemme til nå. I terminologien fra organisasjonsteorien mener jeg at dokumentasjon, evaluering og hele begrepet evidensbasert praksis kan sees i lys av prosessene læring og endring. Mye viktig læring og endring forgår også som uformelle erfaringer, men vil først bli en del av den formelle fagutviklingen om det blir bevisstgjort, kommunisert og nedfelt i systemer og strukturer. Mer om dokumentasjon kommer under temaet kvalitet og fremtid.

Ved å sammenligne datamateriale om klinisk praksis fra informantene med sammenfatningen av internasjonal klinisk praksis vist i teoridelen, ser det ikke ut til å være noen åpenbare forskjeller mht. klinisk pediatrik musikkterapi praksis her i Norge. Som forslag til en tydeligere kommunikasjon av praksisfeltet, vil jeg her lansere en didaktisk modell som kan synliggjøre hovedlinjene i klinisk pediatrik musikkterapi, hvilke arbeidsfelt og mål det jobbes med, samt gi en forståelse av faglig kompetanse og teorigrunnlag. Modellen under springer ut fra oppsummeringen av klinisk pediatrik musikkterapi praksis (s. 32) og er tilpasset en nordisk praksis med stort fokus på miljøarbeid (Leinebø, 2015; Mangersnes, 2012; Ærø & Aasgaard, 2011).

Trident for musikkterapi i pediatri



I daglig praksis vil musikkterapeuten gjerne bruke elementer fra flere fokus- og arbeidsområder samtidig, med utgangspunkt i en hovedmålsetning, men modellen viser hvordan de ulike elementene inngår i en helhetlig musikkterapeutisk tenkning. Ved behov eller ønske vil den enkelte musikkterapeut kunne velge å fokusere sin praksis rundt ett eller flere hovedområder i tridenten, og dermed spesialisere seg ytterligere. Det er en ambisjon at modellen kan kommunisere godt på mange områder - både for musikkterapeutens eget arbeid med mål og dokumentasjon, og for å tydeliggjøre faget overfor ledelse og andre faggrupper. Tilsvarende modeller kan lages for tydelig kommunikasjon rundt teknikker og metoder. Vi skal nå se nærmere på hvilken plass kommunikasjon har i organisasjonsteorien.

Kommunikasjon og forståelse

Kommunikasjon, både formell og uformell, er et gjennomgående tema som sies å være limet i en organisasjon. Jeg har valgt å omtale emnet under dette kapitlet fordi det er sentralt for den kliniske hverdagen. Informantene viser stadig til kommunikasjonsutfordringer i beskrivelser av sin kliniske hverdag og i hvordan musikkterapifaget og rollen oppfattes. Kommunikasjon er forutsetningen for informasjonsutveksling og koordinering, og også grunnlaget for hvilken kultur og identitet en organisasjon har (Busch et al., 2010; Jacobsen & Thorsvik, 2014).

Organisasjoner i dag har gjerne intrikate organisasjonsstrukturer og mye elektronisk kommunikasjon, slik at man møtes fysisk i mindre grad enn før. Særlig i arbeid som består av kunnskaps- og tjenesteproduksjon, er behovet for godt fungerende kommunikasjonsformer og koordinering stort. Kommunikasjon er avhengig av god struktur så vel som kultur for å fungere optimalt. Det er også viktig at informasjonen som formidles er tilpasset mottageren for at budskapet skal nå frem. Ulike profesjoner kan ha ulik språk- og formidlingskultur, noe det er viktig å ha kunnskap om. Kommunikasjonsstrukturer styrer hvem som snakker med hvem, og kan dannes formelt eller oppstå uformelt. Det kan handle om alt fra småprat i heisen eller spontan men nødvendig utveksling av erfaringer og koordinering rundt en pasient, til hvem som er deltagere i tverrfaglige fora eller medlemmer i en forskningsgruppe.

Kommunikasjonsstruktur kan være avgjørende virkemiddel for styring og kontroll, samt gi muligheter for å utvikle og realisere planer og mål. En struktur kan være sirkulær (en kjede av enheter som snakker sammen), sentralisert (en kjerneenhet snakker med enheter rundt seg, men disse snakker ikke med hverandre), eller ha forbindelser i alle retninger (alle snakker med alle). Forbindelseslinjene utgjør kommunikasjonsnettverket til en enhet (Jacobsen & Thorsvik 2014).

Musikkterapeutene i denne undersøkelsen oppgir at de har et bredt tverrfaglig kommunikasjonsnettverk, men varierende kvalitet på strukturen og kommunikasjonen i det tverrfaglige arbeidet. Flere opplever at det tverrfaglige samarbeidet blir tilfeldig og personavhengig. Det at mange opplever godt tverrfaglig samarbeid som personavhengig, tyder på at det foregår en del uformell kommunikasjon som kan fungere godt mellom

enkelte. Her kan det se ut til å være potensiale for en mer bevisst struktur rundt musikkterapeutenes kommunikasjonsnettverk – både på tvers av faggrupper med ansvar for ulike deler av behandlingen til enkeltpasienter (for eksempel musikkterapeut, sykepleier, ernæringsfysiolog og lege), med grupper med ansatte som har tilsvarende lik funksjon som musikkterapien i organisasjonen (for eksempel psykolog, lærer eller fysioterapeut), og for systematisk kommunikasjon med ledelse. Hvem som inngår i kommunikasjonsnettverkene til en arbeidstaker har stor betydning for opplevelse av tilhørighet, tverrfaglig samarbeid og faglig rolle, noe vi skal se litt nærmere på.

Musikkterapien i et tverrfaglig perspektiv

Det tverrfaglige samarbeidet med annet personale på sykehuset, er som nevnt en viktig del av musikkterapeutens hverdag. Her blir det tydelig hvordan kommunikasjonen i organisasjonen fungerer for musikkterapeuten, og hvilke konsekvenser det har. Tverrfaglig samarbeid kan fungere godt eller dårlig, formelt og systematisk eller uformelt, og er av stor betydning for musikkterapeuter som ellers blir stående alene i sitt arbeid (Lauvås & Lauvås, 2004). Musikkterapi som fagområde integrerer kliniske metoder fra mange ulike disipliner, og er av natur tverrfaglig. Dette kan gi utfordringer som at en aldri får gått nok i dybden, og det kan være vanskelig å integrere metodene til en tydelig helhet, slik det nevnes under temaet kommunikasjon. Fordeler kan være at en lettere kan kommunisere med en rekke fagdisipliner, og har et bredt utgangspunkt for å komme i dialog med ulike pasienter (Wheeler, 2003). Lederne ved sykehusene, med unntak av de som er utenfor pediatrien, beskriver musikkterapeuten som supplerende behandler, og en del av tverrfaglige team. Ved tre av sykehusene har de fast struktur på ukentlige tverrfaglige møter hvor faglig bredde er representert, hos de to siste er det litt smalere og ikke så systematisk. Musikkterapeutene beskriver gjennomgående at de har et bredt tverrfaglig nettverk, men det kommer frem at samarbeidet ikke er uproblematisk. De som opplever at det tverrfaglige samarbeidet blir for tilfeldig og personavhengig, etterlyser systemer og rutiner som fremmer reell tverrfaglighet fremfor flerfaglighet. Ved flerfaglighet blir man kun orientert om de andres arbeid, noe som fremmer koordinering men mangler systematisk arbeid rundt felles målsetninger og helhetstenkning (Lauvås & Lauvås, 2004; Wheeler, 2003).

Andre faggruppers syn på musikkterapien kan gi verdifull informasjon om hvordan organisering og tverrfaglig kommunikasjon fungerer på en arbeidsplass (Darsie, 2009; O'Callaghan & Magill, 2009). Musikkterapeutinformantene rapporterer om at det er varierende hvordan musikkterapi oppfattes av andre faggrupper, selv om alle opplever at musikkterapi blir sett på som noe positivt. Forklaringer på dette kan knyttes til O'Callaghan og Magill (2009) sin undersøkelse som viser hvilken effekt det kan ha på andre faggrupper å overvære en musikkterapisesjon eller oppleve musikkterapi i miljøet. Her oppgir sykepleiere og annet medisinsk personale at de får økt selvbevissthet, relevante emosjonelle opplevelser og humørstemninger, bedret teamarbeid og bedret pasientpleie gjennom musikkterapeutens humane tilstedeværelse, samt gjennom observasjon av effekten musikkterapien har på pasienter og pårørende. Den gjengs positive oppfattelsen av musikkterapien som informantene i denne oppgaven viser til, kan skyldes tilsvarende opplevelser. Allikevel ser vi at både musikkterapeuter og lederne melder om at musikkterapien ikke er godt nok integrert i sykehuset, og at forståelsen av musikkterapi er veldig varierende. Dette mener jeg igjen kan skyldes stor uklarhet rundt kommunikasjon, rolle og funksjon for musikkterapifaget. Det er grunn til å tro at kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet i stor grad varierer i takt med andre faggruppers forståelse av musikkterapi. Systemet henger sammen også her, og behovet for tydelige strukturer og mål som blir godt kommunisert, står ved lag.

Musikkterapeutrollen i et profesjonsperspektiv

Musikkterapiprofesjonen er ikke alene om å lete etter sin rolle i det tverrfaglige sykehusmiljøet. Som før nevnt oppstår det gjerne profesjonskamper mellom ulike profesjoner med hensyn til grenseoppganger for ansvarsområder, muligheter, kunnskapsbase og lignende. Både profesjonene og organisasjoner er i stadig utvikling, og innen somatikken har mye endret seg fra den tiden da sykepleiere og leger var enerådende på feltet. Det er ikke tvil om at disse gruppene også er de viktigste for somatisk medisinsk behandling i dag (Edwards, 2005a), men i tråd med ny viten om sammenheng mellom psyke og soma, og ikke minst om ringvirkninger og langtidsvirkninger av sykdomssituasjoner og behandling, har en rekke nye profesjoner gjort sitt inntog: pedagoger, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer, psykologer,

førskolelærere, ergoterapeuter, sosionomer, og altså - musikkterapeuter. I noen tilfeller dekker de nye profesjonene fagområder som ikke er blitt ivaretatt tidligere, i andre tilfeller er profesjonsutøverne nå spesialister innenfor fagfelt som før gjerne var en del av sykepleiernes domene. Når en ny profesjon dannes, tar det som regel litt tid før den befester seg som tydelig og avgrenset med et klart kommunisert kunnskapsgrunnlag og nedslagsfelt. Profesjonens størrelse og utbredelse er også bestemmende for hvordan denne prosessen blir, og etter hvert vil profesjonen ønske å verne sitt domene overfor andre faggrupper. En viktig brikke i det å forsvare en profesjons domene, er offentlige myndigheters godkjenning av profesjonen gjennom autorisasjon. Musikkterapiens fag- og yrkesorganisasjoner i Norge har lenge jobbet for at musikkterapi skal få autorisasjonsstatus, men det har ikke lyktes foreløpig. Når profesjonsutviklingen er på et slikt tidlig stadium, og fremdeles arbeider for å oppnå privilegier og innflytelse, vil det prege profesjonens selvforståelse (Lauvås & Lauvås, 2004). Profesjoner som fysioterapi eller psykologi har autorisasjonsstatus, de har adskillig større utbredelse enn musikkterapi og lengre historikk med vitenskapelig forskning. Deres faglige nedslagsfelt er nok tydeligere kommunisert i samfunnet generelt enn hva musikkterapien har oppnådd så langt, og posisjonen innen somatikken likeså. Allikevel vet jeg av erfaring at fagfolk som for eksempel psykologer og spesialpedagoger tidvis jobber med de samme utfordringene som musikkterapeuter innen pediatri når det gjelder koordinering, gehør for helhetlig tenkning og tverrfaglig samarbeid.

Ghetti (2011) diskuterer rolleidentitet hos musikkterapeuter i USA som har spesifikk sertifisert kompetanse innen Child Life Service i tillegg til musikkterapikompetansen. Diskusjonen går rundt profesjonell identitet og rolle, og viser at en del av dem synes det er vanskelig å integrere de to kompetanseområdene til én fagidentitet. Mange velger den ene eller andre identiteten som primær, ofte knyttet til hvilke krav som ligger i stillingen i utgangspunktet. Verken fra datamaterialet til denne studien, fra litteraturen eller egen erfaring kan jeg si at jeg kjenner igjen problematikken på et så spesifikt plan i Norge, kanskje fordi musikkterapirollen her til lands i utgangspunktet nettopp i stor grad er udefinert, og det ikke foreligger noen forventninger om en mer spesifikk rolle fra sykehusenes side (Leinebø, 2015; Mangersnes, 2012; Ærø & Aasgaard, 2011).

De to musikkterapeutinformantene som har deler av sin stilling innen barne- og ungdomspsykiatri (c og e), har begge søkt til fagmiljøet i psykisk helsearbeid på eget initiativ. Gjennom deres uttalelser, og uttalelser fra leder/kontaktperson i psykiatridelen av jobben, sees en klar tendens til at musikkterapien i psykiatri blir sett på som en mer selvfølkelig og integrert del av behandlingen enn i pediatriken. Det foreligger også større grad av struktur rundt henvisning, teamarbeid og evaluering av musikkterapiarbeidet i psykiatridelen. Vi vet at musikkterapi har hatt et gjennombrudd i psykisk helsearbeid generelt, noe som sannsynligvis har bidratt til god mottagelse for informantene i denne undersøkelsen. Jeg tror at en av grunnene til musikkterapiens fremvekst på dette området, er at psykiatrifeltet allerede har lang erfaring med bredt tverrfaglig arbeid og helhetstenkning som grunnleggende tilnærming i behandling. Det samme er tilfellet med rusfeltet. Dvs. at på grunn av problematikkens karakter har ikke biologisk/medisinsk tenkning vært dominerende i like stor grad som i somatikken. På den måten kan musikkterapeuten i større grad inngå på lik linje med kollegene i psykiatri og rusfeltet. Det ligger bedre til rette for musikkterapi som en av flere behandlingsmetoder, i krysningsfeltet mellom fysiologi, sosiologi, psykologi, kultur og samfunn, og faglig gjenkjenning og tilhørighet kan kjennes sterkere. Om informantene i denne oppgaven opplever stort egenansvar, mangler i ledelse eller vansker med faglig rolle og kommunikasjon i pediatrien, er det mulig at psykiatrien kan tilby dem et mer tilfredsstillende faglig fellesskap. Utfordringen for pediatrien er å finne gode strukturer og kommunikasjonsnettverk for musikkterapien, for en meningsfull og sterk tilhørighet.

Sammenhenger mellom målarbeid, kommunikasjon og faglig rolle

Med tanke på den enkelte organisasjon, ser jeg dataene som omhandler målarbeid, kommunikasjon, tverrfaglighet og faglig rolle som et systemisk nettverk med gjensidig dynamisk påvirkning. Manglende overordnet målbeskrivelse for musikkterapi resulterer i mangelfull tverrfaglig informasjon om hvilken rolle og funksjon musikkterapien skal ha i den helhetlige behandlingen av pasientene. Andre ansatte blir da sittende med varierende forståelse av musikkterapi, og er avhengig av egen nær erfaring med musikkterapi for å forstå og se mulighetene som musikkterapi kan gi. Graden av varierende og personavhengig forståelse, samt graden av tydelige strukturer og kommunikasjon rundt musikkterapifaget, er avgjørende for hvor integrert

musikkterapien er i avdelingene eller på sykehuset. Oppsummert kan dette tyde på at de kliniske musikkterapisesjonene i hverdagen fungerer godt isolert sett, men at musikkterapien har potensiale til å bli en mye tydeligere og mer systematisk brukt ressurs for sykehusene i helhetlig behandling. Her ser vi det systemteoretiske flettverket i praksis: Endring et sted i veven vil kunne gi endring på flere områder, slik det forklares gjennom systemteoretisk forståelse av organisering. Det er viktig å huske på hvordan systemenes sammenheng påvirkes både av negative elementer – det som ikke fungerer kan få negative ringvirkninger, og positive elementer – det som fungerer kan bli forsterket positivt i hele systemet.

Kvalitet og fagutvikling

Fagutvikling – en nødvendighet i profesjonen

I innledningen av oppgaven ble det pekt på hvordan fag- og profesjonsutvikling foregår på mange områder og nivåer. Det er beskrevet hvordan det jobbes fagpolitisk på nasjonalt plan via fagorganisasjoner og forskningssentra, og vist til hvordan krav til forskning og dokumentasjon stadig blir en større del av arbeidslivet generelt. Teori- og forskningsutvikling er altså en stor del av den musikkterapeutiske profesjonsutviklingen, og det jobbes bevisst med å utvikle egne teorier, samt å definere og avgrense musikkterapiens profesjonsfelt nasjonalt som internasjonalt. Selv om det nok alltid vil være et skille mellom de som primært anser seg som praktikere og de som primært befatter seg med forskning og skriving, ser de to gruppene ut til å stadig komme nærmere hverandre. Utdanningene legger mer vekt på forskningskompetanse, forskningsmiljøene tar tydeligere utgangspunkt i praktisk kunnskap, og i arbeidslivet generelt øker kravene til evidensbasert praksis. Omarbeidelsen av Bruscias sentrale bok *Defining Music Therapy* (Bruscia, 2014) har fulgt denne utviklingen, der han i slutten av sin siste definisjon vektlegger hvordan musikkterapeutisk praksis skal bidra til, og være oppdatert på teori og forskning. Det ligger med andre ord et krav om en viss deltagelse i fagmiljø og fagutvikling til grunn for musikkterapeutisk praksis når man ser på profesjonens egne etiske rammer. Fagmiljøet for musikkterapi i pediatri i Norden er veldig lite. Dette sammenfaller med funn i artikkelen til Hodne (2008), som viser en kartlegging av musikkterapeuters utdanning, arbeidsfelt og tilsettingsforhold i Norge. Utdanningens form bidrar til at profesjonsgruppen blir veldig variert, da studentene

kommer med ulik fagbakgrunn. Hodne konstaterer at det er lite rekruttering både fra og til helse- og omsorgsfeltet, noe som kan synes rart da musikkterapi er sterkt knyttet til helsespørsmålet. Dette kan bidra til at det er få musikkterapeuter som jobber i pediatrien og somatikken, og dermed at fagfeltet utvikler seg langsomt.

Varierende forutsetninger for fagutvikling

Med utgangspunkt i at musikkterapipraksis skal forholde seg aktivt og delta i fagmiljø og utvikling blir det neste spørsmålet om arbeidsforholdene for den enkelte musikkterapeut klarer å sikre en slik deltagelse, hvem som er ansvarlige for den, og hva den i praksis bør innebære. I terminologien fra organisasjonsteorien er vi igjen inne på temaene som omhandler læring og endring – nøkkelord for fagutvikling i et organisasjonsperspektiv. I undersøkelsen i denne oppgaven er det sett på forhold rundt fagutvikling ved å stille spørsmål om støtte og tilrettelegging for faglig påfyll i form av kurs, forskning, fagmiljø og veiledning. Jeg har sett etter grad av systematikk, struktur og bevissthet rundt utviklingen av musikkterapien ved sykehusene, og etter kvalitetssikringssystemer som veiledning, dokumentasjon og evaluering. Det viser seg å være et stort sprik mellom lokasjonene – fra stor systematisk satsing og evaluering, til ingen satsing overhode. Som man kjenner fra gresk filosofi, er det gjerne slik at jo mer man vet, desto mer innser man hvor mye man ikke vet. Slik ser det også ut til å være med hensyn til musikkterapeutene og lederes konkretisering og bevissthet rundt fagutviklingsspørsmål. Der vi ser minst grad av fagutviklingssystemer, oppgir leder for eksempel at musikkterapeuten ikke har behov for mer kontakt med eget fagmiljø, og nevner ingen visjoner om videre fagutvikling for musikkterapien. Stedene som utmerker seg med mest systematisk og bevisst fagutvikling, er også der hvor det er mange konkretiserte ønsker om ytterligere utvikling.

Hodne (2008) ser en utfordring med hensyn til fagidentitet og profesjonsstyrking i det at musikkterapeuter ofte jobber alene. De kan da få mindre tilhørighet til profesjonsgruppens interne miljø, til fordel for fagmiljøet på arbeidsplassen. Selv tenker jeg at det også kan slå andre veien: Om det er problematisk å knytte seg til organisasjonens fagmiljøer, søker en støtte i profesjonsmiljøet eller i et beslektet miljø, slik vi så at musikkterapeuter i pediatri søker seg mot psykiatrien. Ledger et al. (2013)

viser også til at musikkterapeuter i nyopprettede praksiser opplever å stå alene, de erfarer en uklar rolleidentitet og konkurranse med andre profesjoner i praksisfeltet. Hos Mangersnes (2012) ser vi at noen av temaene også kan gjelde i godt etablerte praksiser, hvor musikkterapeuten stadig jobber for bedre integrering av musikkterapi, slik vi får bekreftet i datamaterialet til denne oppgaven. Som bindestreksfag henter musikkterapien sitt kunnskapsgrunnlag fra flere fagområder, og særlig i pediatriisk praksis kan musikkterapeuten inneha mange ulike roller og veldig forskjellige klientgrupper. Dette kan være krevende i jakten på god kommunikasjon rundt faget, og i søken etter faglig og organisatorisk tilhørighet, som det er blitt pekt på tidligere i oppgaven. I et slikt bilde blir det om mulig enda viktigere å være bevisst hvordan kommunikasjonsnettverkene bør se ut for musikkterapeuten i pediatri. Etter denne gjennomgangen mener jeg å se et tydelig behov for gode systemer for kontakt og kommunikasjon både med eget profesjonsmiljø, med tilsvarende faggrupper i egen organisasjon og med ulike faggrupper som jobber med ulike oppgaver rundt felles pasienter. Hos mange av oppgavens informanter fungerer ikke dette tilfredsstillende, og det kan være behov for å utvikle strukturene til det bedre. Ledger et al. (2013) fremholder viktigheten av å ha god veiledning i utviklingsfaser, noe som vi også ser at har bedringspotensiale blant informantene, der flere ikke har noe tilbud om musikkterapi faglig veiledning i arbeidet. I tillegg til å ha "gatekeepers" internt i organisasjonen, er det viktig å ha veiledere utenfra som har kompetanse på kvalitetssikring, implementering og utvikling av musikkterapi profesjonen.

Evidensbasert praksis og standardisert dokumentasjon som verktøy

Et gjennomgangsuttrykk når det gjelder fagutvikling og kvalitetssikring i disse tider, er 'evidensbasert praksis', noe også musikkterapeuter i pediatrien og mange ledere har som mål for fagutvikling. Hos både Douglass (2006), Stouffer et al. (2007) og Tucquet and Leung (2014) vektlegges det å finne gode standardiseringer for klinisk praksis som et viktig ledd i fagutviklingen. I somatiske helsemiljøer står kvantitativ naturvitenskapelig forskningstradisjon meget sterkt, og setter gullstandarden for det stadig sterkere kravet om evidensbasert praksis, som nå også innbefatter kvalitativ forskning. Som multidisiplinært fag med en mengde variabler kan presise beskrivelser av musikkterapeutisk praksis være utfordrende i en så stor grad at det kan se ut til å

være uforenlig med standardiserte forskningskrav (Edwards, 2005b), men man utvikler i dag stadig bedre verktøy for å møte krav om validitet og reliabilitet i kvalitativ forskning på linje med i den kvantitative tradisjonen (Stige, Malterud, & Midtgarden, 2009). Musikkterapiens utfordring er at både rollen og praksisen også må være tilstrekkelig fleksibel og dynamisk responderende for å bevare sin styrke og egenart (Edwards, 2005b). Det er stadig noe med øyeblikk og nærvær som ikke så lett lar seg måle og veie – knapt nok beskrive. Verktøy for prosedyrer, dokumentasjon og evaluering må kunne møte behov både hos den fleksible kliniker, og den systematiske forskeren. Tucquet og Leung (2014) har foretatt en gjennomgang av musikkterapitilbudet i pediatri i Australia. De ser stor tilfredshet og potensiell vekst i fagområdet, og i likhet med Robb og Carpenter (2009) ser de fremtidige utviklingsmuligheter i en internasjonal gjennomgang og standardisering rundt dokumentasjon av tilbudet som gis innen musikkterapi i pediatrien – at nettopp utviklingen av gode dokumentasjonsverktøy med nøyaktige praksisbeskrivelser kan være en nøkkel til videre utvikling av evidensbasert praksis.

I datainnsamlingen til denne oppgaven er temaene henvisning, dokumentasjon og evaluering kort berørt gjennom spørreskjema og samtale, men det er ikke gjort en detaljert kartlegging av hvordan dette følges opp i praksis, om det for eksempel foreligger prosedyrer for evaluering eller dokumentasjon. Dette kan sees på som en svakhet ved oppgaven, og kan være materiale for videre undersøkelser. Alle musikkterapeuter fikk et enkelt spørsmål om dokumentasjonspraksis, et tema som er stadig mer aktuelt i lys av kravet om evidensbasert praksis som vi møter i dag. I daglig praksis viser det seg at fire av fem musikkterapeuter i pediatrien dokumenterer individuelle sesjoner skriftlig i sykehusets elektroniske journal. På den måten blir arbeidet musikkterapeuten gjør tilgjengelig for annet personale, og kan følges over tid, både mht. innhold, kvalitet og kvantitet. Gjennom egen erfaring og kunnskap vet jeg at slik dokumentasjonspraksis er forholdsvis ny for musikkterapeuter i pediatri i Norge, og at satsningen på denne dokumentasjonsformen er et ledd i arbeidet med å synliggjøre musikkterapifaget og få det sidestilt med andre faggrupper på sykehusene. De norske musikkterapeutene i pediatri har begynt en nødvendig utvikling av dokumentasjonsarbeidet. Det uttalte behovet for å få bedre dokumentasjonsbeskrivelser av musikkterapiintervensjoner i pediatrien (Robb & Carpenter, 2009) kan være et godt

sted å ta tak for musikkterapeuter i Norge som selv må ta ansvar for evaluering og fagutvikling i sitt fag. Med felles retningslinjer for dokumentasjon vil forholdene ligge bedre til rette for forskning og generell kommunikasjon av faget enn om alle har ulike praksiser knyttet til dette. Kvalitetssikring kan også gjøres gjennom systemer for kommunikasjon, dokumentasjon og evaluering. Fra ledelsens side bør det også være en tydelig forventning om at slike oppgaver er en del av stillingen. For å bli tilstrekkelig informert til å kunne praktisere fag- og forskningsutvikling i det hele tatt, trenger man påfyll i form av lesning, fagmiljø, kurs eller lignende med jevne mellomrom. Musikkterapeuten må få definert tid til fagutvikling i en travel klinisk hverdag. Mer kontinuerlig kvalitetssikring av klinisk praksis kan fungere både som verktøy i det daglige og som bidrag til fagutvikling i mer langsiktig perspektiv. Slik blir det tydelig at kvalitetssikring og fagutvikling følger hverandre som hånd i hanske.

Innen fagfeltet pediatri har det altså lenge vært et uttalt behov for mer og bedre forskning, og systematisk klinisk praksis (Bruscia, 2013; Robb & Carpenter, 2009; Tucquet & Leung, 2014; Aasgaard, 2006), men av oppgavens musikkterapiinformanter er det kun to som beskriver at de oppfordres til forskning og publisering i stillingen sin. Fire av de fem musikkterapeutene sier at de ikke blir evaluert av andre i arbeidet de gjør, og at deres eget initiativ er avgjørende for at noe fagutvikling skal forekomme. Igjen tenker jeg dette som en konsekvens av at ledelsen ikke riktig vet hvor musikkterapien skal plasseres, hvilke mål og strukturer som skal settes for musikkterapi i pediatri.

Ønsker om mer spisset fagutvikling

Uavhengig av hvorvidt forholdene ligger godt til rette for fagutvikling hos musikkterapiinformantene i undersøkelsen i denne oppgaven, ytrer de alle et ønske om å kunne fordype seg, jobbe mer systematisk og få mer faglig tyngde, gjerne innen arbeid med spesifikke diagnoser. Dette ønsket ser jeg som en følge av behov for bedre koordinering og kommunikasjon med de somatiske organisasjonenes hovedvirke og dominerende profesjoner (les sykepleiere og leger). I tillegg er det mye ny forskning som støtter opp under musikkterapiens muligheter innen somatiske felt som nevrologi og smertemestring. Ghetti (2011) peker nettopp på behovet for mer erfaring med medisinsk musikkterapi for at faget skal få befestet seg bedre. Dette bekreftes av

musikkterapiinformantene. De ønsker en mer spisset praksis, de ser mange muligheter for musikkterapien og de ønsker å utvikle faget sitt.

Alle musikkterapeutene, og de fleste lederne, ser for seg at behovet for musikkterapi i pediatri ikke vil minke i tiden som kommer. Selv om det er en åpenbar utfordring med god integrering i organisasjonene, og stadige utfordringer med å sikre tilbudet økonomisk, ser man snarere for seg at behovet vil øke. Informantene nevner noen viktige årsaker til det: På grunn av medisinsk utvikling er de innlagte pasientene på sykehus stadig dårligere. De som før ikke ville overlevd er nå i større grad pasienter over lang tid, og de som er friskere fordi behandlingen er blitt bedre, blir i større grad sendt hjem eller får poliklinisk behandling. Dermed trengs det mye tilrettelagt pleie til de innlagte. I tillegg er det en stadig økende forståelse av sammenhenger mellom psyke og soma, noe som får konsekvenser for hva slags støttende behandling man ønsker å tilby pasientene, og musikkterapien er et av tilbudene som kan imøtekomme dette.

Tiltaksforslag for god integrering av musikkterapi i pediatri

Når det gjelder relevans for denne oppgaven, har jeg opplevelsen av å være litt sent ute. Det foregår veldig mye akkurat nå, både i musikkterapien generelt og i pediatrien spesielt. I skrivende stund vil ikke alle data fra informantene lenger være gjeldende beskrivelser av situasjonen i dag, for situasjoner forandrer seg og utvikling skjer. Eksempelvis kom POLYFON-nytt i mars 2016 med en beskrivelse av ny satsning på musikkterapi i pediatri i Bergen. POLYFON er en kunnskapsklynge for musikkterapi under Griegakademiet, Universitetet i Bergen som "....har som mål å bygge Bergen og Vestlandet som et foregangsområde for musikkterapi, med et helsevesen som tar musikkterapi i bruk på en systematisk og kunnskapsbasert måte..." (POLYFON, 2016). I skrivet vektlegger de det å ha et definert prosjekt med systemer for kvalitetssikring, systematisk samarbeid mellom ulike aktører i og utenfor organisasjonen, og tanker om fremtidig bruk av musikkterapi i pediatrifeltet. Det er med andre ord flere som tenker i retning av økt systematikk også i et organisasjonsperspektiv, og jobber for en utvikling i feltet. Jeg mener likevel denne oppgaven bidrar til en nødvendig kartlegging av situasjonen i Norge. I tillegg vil større kunnskap og forståelse rundt hvordan musikkterapi fungerer i organisasjoner kunne høyne den enkelte musikkterapeuts bevissthet rundt prosesser og muligheter for fagutvikling generelt, også på andre

praksisfelt enn pediatrien. Norge er et lite land, og musikkterapi i pediatri er et smalt fagområde. Jeg tror derfor det er helt nødvendig at arbeidet med fagutvikling i pediatri koordineres i hele landet om man skal få nok tyngde og gjennomslagskraft. Somatikk generelt har så langt ikke vært et fagfelt hvor musikkterapiens muligheter har blitt særlig synliggjort, og det ligger et stort ubrukt potensiale her som vil kunne utnyttes. En forutsetning er å identifisere og bruke de gode nøklene som finnes for organisering, kommunikasjon og kvalitetssikring inn mot eksisterende systemer i somatikken.

Hvor tar man så fatt helt konkret i dette utviklingsarbeidet som musikkterapeut og som leder? Jeg vil avslutningsvis skissere noen forslag til grep som kan tas for en bedret organisering og integrering av musikkterapi i pediatri i fremtiden. Forslagene oppsummerer diskusjonen, og er sortert i de samme tematiske overskriftene som der:

- Organiseringen
- Den kliniske hverdagen
- Kvalitet og fagutvikling

Organiseringen

1. **Tydeliggjøre musikkterapiens plassering i organisasjonen** hvor ansvar for administrativ og faglig ledelse defineres. Leder må ha forståelse for det kliniske arbeidet, stabil kommunikasjon med musikkterapeuten, og legge til rette for at det er praktisk mulig å gjennomføre målsetninger for musikkterapien.
2. **Utarbeide en felles forståelse av musikkterapiens målsetninger** i tråd med organisasjonens mål og musikkterapiens muligheter.
3. **Vurdere musikkterapeuten som leder for musikkterapien på operativt nivå**, med tilhørende ansvar og beslutningsmyndighet rundt fagutvikling, mål- og evalueringsarbeid samt gode kommunikasjonsstrukturer til ledelse og andre faggrupper.

Den kliniske hverdagen

4. **Sikre gode kommunikasjonsnettverk** inn mot tverrfaglige grupper for god informasjon og tilhørighet, både faglig og sosialt.

5. Jobbe for tydeligere kommunikasjon av musikkterapifaget innen pediatri.

Her kan modeller som Trident for musikkterapi i pediatri tas i bruk.

Kvalitet og fagutvikling

6. **Gjennomføre systematisk dokumentasjon av musikkterapiarbeidet,** gjerne etter nasjonale eller internasjonale standarder.
7. **Gi musikkterapeuten mulighet til forskning- og fagutviklingsprosjekter,** for å formidle, utvikle eller spisse kompetansen innen et ønsket felt.
8. **Sikre profesjonsfaglig veiledning** utenfor organisasjonen.

Kritisk blick på egen forskning

Som praktiker på pediatrifeltet gjennom mange år, har jeg gått inn i dette masterprosjektet med en sterk forforståelse. Ut fra egen erfaring og informasjon fra fagnettverket hadde jeg en forventning om et sammensatt bilde organisatorisk, med mange ulike løsninger ved de ulike lokasjonene, og en del frustrasjon og problematikk. Datainnsamling og analyse har gitt meg muligheten til å se mer systematisk og objektivt på bildet, og på mulige sammenhenger mellom organisering, klinisk praksis og profesjonsutvikling. I en travel praksishverdag kan man fort oppleve maktesløshet overfor utfordringer man kjenner på kroppen, men ikke har verktøy til å forstå eller løse. Analyser og teoretisk belysning gir denne muligheten til å ta et skritt tilbake, stykke opp erfaringer, behov og tanker i mindre, håndterbare enheter, og finne verktøy som kan gi retning til fagutvikling basert på bevissthet og systematisk kunnskap.

Min egen bakgrunn som praktiker gjør at jeg til enhver tid har opplevd tematikken i oppgaven som relevant og praksisnær, selv om fordypning i organisasjonsteori ellers kan fortone seg litt "tørt". Jeg har engasjement for feltet og egne erfaringer med situasjoner som beskrives i teorien - jeg kjenner til praktiske konsekvenser av mangel på struktur og systemer. Organisasjonsteori som fag har derimot vært et helt nytt bekjentskap for meg, og fordypningen i dette feltet har vært helt nødvendig for å få en distanse til egen praksis.

Det å være så dypt involvert i et fagfelt som skal studeres, kan ha både fordeler og ulemper. I intervjusituasjonene har det nok primært vært en fordel med god kjennskap til pediatrien som fagfelt, da jeg som intervjuer kommer lettere på innsiden av det som blir beskrevet. For eksempel bruker jeg ingen tid på å forstå begreper som er knyttet til pediatri og somatikk. Utfordringen har vært å ikke skape situasjoner med ledende spørsmål for å få bekreftet egne forventninger. Her har jeg som nevnt hatt stor hjelp i å strukturere både intervjuguider og analysen ved hjelp av organisasjonsteoretisk kunnskap, noe som har gitt helt nye briller og innsikt.

Analyseprosessen, som er inspirert av resymé, tematisk analyse og systematisk tekstkondensering som metode, har også gjort det mulig å systematisere og distansere materialet fra egen forforståelse, selv om utvalget av kategorier selvsagt vil være noe preget av hva jeg selv forstår som viktig. Underveis i oppgaveprosessen, har jeg innsett at omfanget på materialet muligens er blitt litt for stort. Jeg har holdt på mitt ønske om å undersøke og formidle noe rundt både klinisk praksis, organisering og ledelse, samt fremtidige visjoner og muligheter. I tillegg har jeg stadig hatt en opplevelse av at jeg burde innlemmet enda mer, for å få et mer komplett bilde av situasjonene. Å begrense en oppgave er en stor utfordring når engasjementet er stort, men en nødvendighet om rammen er begrenset og budskapet skal bli tydelig nok. Kanskje burde oppgaven tidlig vært snevret inn til å omfatte færre kategorier som jeg dermed kunne gått mer i dybden på. Samtidig ser jeg verdien i nettopp å forsøke å holde på det store sammensatte bildet, slik systemteorien viser at ulike elementer henger sammen. Det må nødvendigvis gå på bekostning av dybden i fremstillingen av enkeltkategorier.

Oppgaven synliggjør at musikkterapeutinformantene viser god motivasjon og stor evne til selvstendig handling i arbeidet sitt, gjennom ansvaret de tar for praksis og fagutvikling. Jeg synes ordet 'motivasjonsenergi' kan være treffende. Et begrep som kan inneholde at motivasjon kan gi handlingsenergi, samtidig som energi kan gi motivasjon. For et senere studium kunne det vært interessant å kartlegge musikkterapeuters personlighetstyper, sett opp mot faktorer som motivasjon og evne til selvstendig arbeid. Kan det være at musikkterapeuter generelt har stor evne til egenmotivasjon, eller at arbeidet i seg selv oppleves som så meningsfullt at det fremmer motivasjonsenergi?

Det dukker opp mange potensielt interessante diskusjoner i arbeidet med en slik oppgave, men som ikke blir løftet frem av hensyn til oppgavens omfang. En stor og viktig diskusjon som jeg ikke har funnet rom for i denne oppgaven, er resonnement og forskning rundt hvilke eventuelle begrensninger premisset om evidensbasert praksis og standardisering kan føre med seg. Dette perspektivet tenker jeg det er viktig å ha med seg for musikkterapiprofesjonen og pediatrifeltet videre fremover.

KONKLUSJON

Arbeidet med å belyse det musikkterapeutiske pediatrifeltet i Norge har virvlet opp en hel rekke tema og diskusjoner. For å samle de viktigste trådene, vil jeg vende tilbake til problemstillingen og arbeidsspørsmålene:

- **Hvordan er dagens musikkterapeuter i pediatri organisert i Norge, og hvordan kan utfordringer og muligheter på dette fagfeltet fremstå i lys av intervjuundersøkelse og organisasjonsteori?**
- Hvordan er situasjonen for musikkterapeuter i pediatri i Norge i dag, og hvordan beskrives dette fra ledernes -, og musikkterapeutenes perspektiv?
- Hvilke organisatoriske elementer finnes i litteraturen som kan være nyttige for å forstå situasjonene som beskrives?
- Hva står frem som viktig for fremtidig organisering av musikkterapeuter i pediatri?

Intervjuundersøkelsen viser både likheter og store forskjeller blant musikkterapeuter som jobber i pediatri rundt om i Norge. Når det gjelder den kliniske hverdagen er det store likheter i tilbudet, i erfaringer med utfordringer i tverrfaglig samarbeid samt i forståelsen for musikkterapeutens faglige rolle. Situasjonen rundt overordnet organisering og fagutvikling er veldig varierende ved de ulike lokasjonene, og ser ut til å følge hverandre. Musikkterapeuter som har størst grad av struktur og system i organisering og lederskap, har også størst stillinger innen pediatri og mest systematisk satsing på fagutvikling.

Motivasjon og evne til selvstendig jobbing ser ut til å være en grunnstein i det musikkterapeutiske arbeidet, men vi har sett hvordan andre elementer i organisasjonsteorien kan være til hjelp for å forstå muligheter og utfordringer, og gi retning mot læring og endring for en bedret integrering av musikkterapifaget. De elementene som har vist seg mest aktuelle og viktige gjennom hele undersøkelsen, er lederskap, målarbeid, kommunikasjon, og en helhetlig systemisk forståelse. Systemisk forståelse viser hvordan noen elementer i en situasjon påvirker andre, og at endring et sted har samme type ringvirkninger. Lederskapet skal dekke både administrative og

faglige behov, tydeliggjøre ansvar og beslutningsmyndighet og hjelpe musikkterapeuten med å finne sin plass og rolle i organisasjonen. Målarbeidet henger sammen med denne plassen og rollen, og er et viktig verktøy for å kunne evaluere arbeidet som gjøres, og for å kommunisere faget tydelig overfor andre faggrupper. Om kommunikasjonen om hva musikkterapi er og hva musikkterapien kan bidra med blir tydeligere, er det sannsynlig at forståelsen for musikkterapifaget øker, og med det får det tverrfaglige samarbeidet også bedre kår.

Samstemtheten rundt både klinisk praksis, positiv mottagelse og fremtidsønsker for musikkterapien viser at profesjonen har befestet seg i pediatrien på et vis. Den store variasjonen rundt ledelse, faglig rolle og fagutvikling reflekterer den usikkerheten alle informantene viser til når det gjelder hva som er god organisering av musikkterapien i pediatri. Jeg mener dette handler mye om hvor profesjonen er i utviklingsprosessen. Profesjonsutfordringer og -utvikling er daglig tilstede, især i ferske profesjoner. Musikkterapien har vært inne i pediatrien i en relativt kort periode, og blir positivt mottatt, men står fremdeles i gangen som nyankommet. For å fortsette metaforen: Frem til nå har det bare vært snakk om trivelige besøk, først sjelden, siden stadig hyppigere og med mer selvfølgelig husvarme. Nå blir det stadig klarere for alle at den nyankomne skal flytte inn for godt, og man må reorganisere litt for at alle skal finne sin plass. Huseieren tar imot jakken, men vet rett og slett ikke hvor den skal henges opp, langt mindre hvor han skal finne et ledig rom. Rommene må kartlegges, og en avgjørelse må tas, slik denne undersøkelsen er et bidrag i utviklingsarbeidet for å finne gode avgjørelser for musikkterapi i pediatri.

LITTERATURLISTE

- Abad, V., & Williams, K. (2009). Funding and Employment Conditions: Critical Issues for Australian Music Therapy Beyond 2009. *The Australian Journal of Music Therapy, Volume 20 Issue Special Ed. 2009*.
- Askeland, H. (2013). *Hvordan forstå organisasjoner og ledelse av organisasjoner*. Diakonhjemmet Høgskole, Rapport 2013/10. Diakonhjemmet Høgskole.
- Bonde, L. O. (2015). Meaning condensing transcription. Mottatt 09.09.15. Privat korrespondanse.
- Bradt, J. (2013a). *Guidelines for Music Therapy Practice in Pediatric Care*. Gilsum NH 03448: Barcelona Publishers.
- Bradt, J. (2013b). Introduction. I J. Bradt (Red.), *Guidelines for Music Therapy Practice in Pediatric Care*. Gilsum NH 03448: Barcelona Publishers.
- Brante, T. (2011). Professions as Science-Based Occupations. *Professions & Professionalism, vol.1, nr.1 (2011)*, 4-20.
- Bruscia, K. (2005). Developing theory. I B. Wheeler (Red.), *Music Therapy Research*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (2013). An Evolving Perspective. I J. Bradt (Red.), *Guidelines for Music Therapy Practice in Pediatric Care*. Gilsum NH 03448: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (2014). *Defining Music Therapy* (3. ed.): Barcelona Publishers.
- Busch, T., Vanebo, J. O., & Dehlin, E. (2010). *Organisasjon og organisering* (Vol. 6): Universitetsforlaget.
- Clark, B., Siden, H., & Straatman, L. (2014). An integrative approach to music therapy in pediatric palliative care. *Journal of palliative care, Autumn; 30(3)*, 179-187.
- Darsie, E. (2009). Interdisciplinary Team Members' perception of the Role of Music Therapy in a Pediatric Outpatient Clinic. *Music Therapy Perspectives, 27, 1*.
- Davies, H. T. O., Nutley, S. M., & Mannion, R. (2000). Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care, 9*, 111-119.
- Douglass, E. T. (2006). The Development of a Music Therapy Assessment Tool for Hospitalized Children. *Music Therapy Perspectives, 24.2.*, 73-79.
- Edwards, J. (2005a). Possibilities and problems for evidence-based practice in music therapy. *The Arts in Psychotherapy, 32*, 293-301.
- Edwards, J. (2005b). A reflection on the music therapist's role in developing a program in a children's hospital. *Music Therapy Perspectives, Vol. 23 No. 1*, 36-44.
- Evans, D. (2002). The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 37(1)*, 8-18.
- GAMUT. (2015). GAMUT - Griegakademiets senter for musikkterapiforskning. Hentet 17.04.2016, fra <http://www.uib.no/grieg/23752/gamut-griegakademiets-senter-musikkterapiforskning>
- Ghetti, C. (2011). Clinical Practice of Dual-certified Music Therapists/Child Life Specialists: A Phenomenological Study. *Journal of Music Therapy, 48(3)*, 317-345.
- Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2012). Introduction to applied thematic analysis. *Applied Thematic Analysis*: SAGE Publications, Inc.
- Hatch, M. J. (2012). *Organisationer - en meget kort introduktion*: Samfundslitteratur.
- Helsedirektoratet, Sosial-og. (2016). Informasjon om pasienters rettigheter. Hentet 05.02.2016, fra <http://hbrs.no/filestore/pasientrettigheter2.pdf>
- Hodne, I. H. (2008). Musikkterapeutene som profesjonsgruppe i Norge. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi*,

- (Vol. 3): NMH-publikasjoner, 2008:3, Skriftserie fra Senter for musikk og helse, 219-233.
- Hsiao, F. (2014). Gatekeeping Practices of Music Therapy Academic Programs and Internships: A National Survey. *Journal of Music Therapy*, 51(2), 186-206.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2014). *Hvordan organisasjoner fungerer* (Vol. 3.utg.): Fagbokforlaget.
- Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju* (Vol. 9. opplag): Gyldendal Akademisk.
- Lapadat, J. C. (2010). Thematic Analysis. I A. J. Mills, G. Durepos & E. Wiebe (Red.), *Encyclopedia of Case Study Research* SAGE Publications, Inc.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid- perspektiv og strategi* (Vol. 2.utg.): Universitetsforlaget.
- Ledger, A., Edwards, J., & Morley, M. (2013). A Change management perspective on the introduction of music therapy to interprofessional teams. *Journal of Health Organization and Management*, 27(6), 714-732.
- Leinebø, T. (2015). Music Therapy in pediatrics - towards a nordic model? Roundtablepaper presentert ved konferansen Music Therapy Across Contexts - 8th Nordic Music Therapy Congress NMH, Oslo, Norway.
- Lie, S. O. (2009). Pediatri. Hentet 18.01.2016, fra <https://sml.snl.no/pediatri>.
- Loewy, J. V. (1997). *Music therapy and pediatric pain*. USA: Jeffrey Books.
- Malterud, K. (2006). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring* (Vol. 2.utg): Universitetsforlaget.
- Mangersnes, J. (2012). *Kva er meg og kva er systemet?* Masteroppgave i musikkterapi, Griegakademiet, UiB.
- MFO. (2016). Musikkterapeut. Hentet 25.04.2016, fra <http://www.musikerorg.no/s.cfm/3-8/musikkterapeut>
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier - en introduksjon. *Profesjonsstudier*: Universitetsforlaget, 13-29.
- Musikkterapi, N. F. F. (2015). Musikkterapiens Vegkryss - call for papers. Hentet 01.02.2016, fra <http://www.vegkryss.no/-!call-for-papers/v478w>
- NMH. (2015). Senter for musikk og helse. Hentet 15.10.15, fra http://nmh.no/forskning/senter_for_musikk_og_helse
- O'Callaghan, C., & Magill, L. (2009). Effect of music therapy on oncologic staff bystanders: A substantive grounded theory. *Palliative and Supportive Care*, 7, 219-228.
- POLYFON. (2016). POLYFON -nytt, mars 2016. Hentet 25.04.2016, fra <http://us10.campaignarchive2.com/?u=fc278c0573acd4be3c76e7f49&id=06bd976340>
- Robb, S. I., & Carpenter, J. S. (2009). A review of Music-based Intervention Reporting in Pediatrics. *Journal of Health Psychology*, 2009:14:490.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling*: Solum forlag.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse - 30 år med norsk musikkterapi*, (Vol. 3): NMH publikasjoner, 2008:3, Skriftserie fra Senter for musikk og helse, 5-28.
- Sanfi, I., & Bonde, L. O. (2014). Musikkterapi med barn med somatiske lidelser. I L. O. Bonde (Red.), *Musikkterapi: Teori, Utdannelse, Praksis, Forskning*. Århus: Forlaget Klim.
- Sannes, R. (2010). Innsamling og analyse av intervju- og casedata. inf2142-sem4a_analyse.ppt. Hentet 15.10.2015, fra

sites.google.com/a/sannes.info/bacheloroppgave/seminarer-vaaren-2010/oslo/seminar-4

- Schei, E. (2009). Helsebegrepet - selvet og cellen. I E. Ruud (Red.), *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge* (Vol. 5): NMH-publikasjoner, 2009:5, Skriftserie fra Senter for musikk og helse, 7-14.
- Stige, B. (2008). Musikkterapiforskning - mellom praksis og academia. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse, 30 år med norsk musikkterapi* (Vol. 3): NMH-publikasjoner, 2008:3, Skriftserie fra Senter for musikk og helse, 49-65.
- Stige, B., Malterud, K., & Midtgarden, T. (2009). Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 19;1504.
- Stortinget.no. (2013-2014). Dokument nr. 15:1225. Saker og publikasjoner. Hentet 15.10.2015, fra <https://http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=60574>
- Stouffer, J. W., Shirk, B. J., & Polomano, R. C. (2007). Practice guidelines for music interventions with hospitalized pediatric patients. *Journal of pediatric nursing*, Dec; 22(6), 448-456.
- Svensson, L. G., & Karlsson, A. (2008). Profesjoner, kontroll og ansvar. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*: Universitetsforlaget.
- Sørhaug, T. (1996). *Om ledelse*: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2014). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (Vol. 5.opplag): Fagbokforlaget.
- Tucquet, B., & Leung, M. (2014). Music Therapy sevicees in Pediatric Oncology: A National Clinical Practice Rewiew. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2014 31:327.
- WFMT. (2011). What is music therapy? *World Federation of Music Therapy*. Hentet 04.05.2016, fra http://www.musictherapyworld.net/WFMT/About_WFMT.html
- Wheeler, B. (2003). The Interdisciplinary Music Therapist. Hentet 9.9.2013, fra <https://voices.no/community/?q=fortnightly-columns/2003-interdisciplinary-music-therapist>
- Wheeler, B., & Kenny, C. (2005). Principles of Qualitative Reasearch. I B. Wheeler (Red.), *Music Therapy Research* (Vol. 2.edition): Barcelona Publisher.
- WHO. (2016). Hentet 25.04.2016, fra <http://www.who.int/about/en/>
- Wikipedia. (2015). Salutogenesis. Hentet 25.04.2016, fra <https://no.wikipedia.org/wiki/Salutogenesis>
- Ærø, S. B., & Aasgaard, T. (2011). Musikkterapeut på en sykehusavdeling for barn: helsefremmende arbeid for både pasient og miljø. I K. Stensæth & L. O. Bonde (Red.), *Musikk, helse og identitet*, (Vol. 4): NMH publikasjoner, 2011:4, Skriftserie fra Senter for musikk og helse, 141-160.
- Aasgaard, T. (1999). Music Therapy as Milieu in the Hospice and Paediatric Oncology Ward. I D. Aldridge (Red.), *Music Therapy in Palliative Care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Aasgaard, T. (2006). Musikk i arbeid med barn på sykehus. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse*. Oslo: J.W. Cappelens forlag as.
- Aasgaard, T., & Callaghan, C. (2013). Art therapies Including Music Therapies. I A. Längler, P. J. Mansky & G. Seifert (Red.), *Integrative Pediatric Oncology*: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Karette Stensæth
Fagseksjon for musikkpedagogikk og musikkterapi
Norges musikkhøgskole
Postboks 5190 Majorstua
0302 OSLO

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 16.03.2015

Vår ref: 42323 / 3 / MSS

Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.02.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

42323 Musikkterapi i pediatri i Norge - En studie av rammebetingelser for musikkterapeuter i pediatrien i Norge, og konsekvenser for klinisk praksis

*Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student*

*Norges musikkhøgskole, ved institusjonens øverste leder
Karette Stensæth
Stine Camilla Blichfeldt Ærø*

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD. Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD. SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Vedlegg nr. 2: INFORMASJON OG SAMTYKKESKJEMA

Forespørsel om å delta i et intervju/spørreskjema i forbindelse med en masteroppgave.

Jeg er i gang med en masteroppgave i musikkterapi ved Norges Musikkhøgskole som har som mål å bidra til profesjonsutvikling av musikkterapi i pediatri. Selv har jeg arbeidet i dette feltet i en årrekke, og gjort meg mange erfaringer og betraktninger underveis. Gjennom å kartlegge rammebetingelser og klinisk praksis ved barnesykehus som har musikkterapitilbud, håper jeg å finne frem til god løsninger for fagfeltet – i beste fall presentere en modell for integrering av musikkterapiprogram ved pediatriske institusjoner. Min ambisjon er at oppgaven skal kunne bidra til å lette arbeidet med å få musikkterapi som et godt integrert tilbud i pediatri, både for arbeidsgivere og for musikkterapeuter nå og i fremtiden.

For å få nødvendig informasjon til oppgaven, ønsker jeg informanter fra alle de fem sykehusene som har tilbud om musikkterapi i pediatri; Haukeland Universitetssykehus (Bergen), UNN (Tromsø), St.Olavs Hospital (Trondhjem), AHUS (Akershus) og OUS (Oslo). Jeg ønsker informasjon fra **musikkterapeuten** samt fra **musikkterapeutens nærmeste leder** på hvert sted.

Leder: delta i et intervju, ca. 30 min.

Musikkterapeut: svare på et spørreskjema (ca. to sider som sendes via e-post) samt delta i et intervju, ca. 1 time

Spørsmålene vil omhandle faktiske forhold rundt musikkterapistillingen, erfaringer fra klinisk praksis og tanker rundt musikkterapeutens funksjon ved sykehuset. Det skal ikke være nødvendig å forberede seg til intervjuet. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuene i tillegg til notater.

Alle data og funn vil bli anonymisert i størst mulig grad og bestrebe seg på at deltagere ikke skal kunne bli gjenkjent i oppgaven. Da utvalget av institusjoner nødvendigvis er lite, er det dog knyttet utfordringer til dette, men spørsmålenes karakter og oppgaven i sin helhet anses å være lite utfordrende mht. til personvernproblematikk. Det er kun ansvarlig student og veileder som vil ha tilgang til personopplysninger og originaldata. Alle data vil bli oppbevart på en egen ekstern harddisk, og koblingsnøkkelen på en minnebrikke adskilt fra annen data.

Prosjektet avsluttes i juni 2016. Etter dette vil alle originaldata bli slettet, inkludert lydopptak og koblingsnøkkel.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Ta gjerne kontakt med meg om du har noen spørsmål :

Stine Camilla Blichfeldt Ærø, 92498316, camillablich@gmail.com.

Min veileder, Karette Stensæth, er prosjektleder for oppgaven. kst@nmh.no

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

Med Vennlig hilsen Stine Camilla Blichfeldt Ærø
Masterstudent NMH 2014/2016
Oslo, 15.02.15

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien om Musikkterapi i pediatri i Norge, og er villig til å delta.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

(Institusjon)

- ☐ ***Jeg samtykker til å delta i intervju***
☐ ***Jeg samtykker til å svare på tilsendt spørreskjema***

Vedlegg nr. 3: SPØRRESKJEMA

Musikkterapistillingen

I hvor mange år har sykehuset hatt tilbud om musikkterapi?

Hva er din stillingsbetegnelse?

Hvor mange prosent er din stilling på?

Din utdanning inkl. relevant tilleggsutdanning

Hvem finansierer stillingen?

Stillingen er:

Fast

(1) ☐

Vikariat

(2) ☐

Prosjekt

(3) ☐

Innleid

(4) ☐

Organisering og fagmiljø

Hva er tittelen til din leder?

Hvilken avdeling/etat er stillingen organisert under?

Evt. neste nivå i organisasjonskartet

Hvilke faggrupper inngår i ditt tverrfaglige miljø internt?

I hvilken grad deltar du i tverrfaglige møter?

Fast

(1) ☐

Ved behov

(2) ☐

Aldri

(3) ☐

Har du tilbud om veiledning i stillingen?

Ja, internt

(1) ☐

Ja, eksternt

(2) ☐

Nei

(3) ☐

Har du tilbud om kurs/videreutdanning i stillingen?

Ja

(1) ☐

Nei

(2) ☐

Vet ikke

(3) ☐

Blir du oppfordret til forskning/publiseringer i stillingen?

Ja

(1) ☐

Nei

(2) ☐

Vet ikke

(3) ☐

Fasiliteter

Hva hører til stillingen av rom, instrumenter og utstyr?

- (1) ☐ Kontorplass
- (2) ☐ Eget musikkrom
- (3) ☐ Bredt utvalg instrumenter
- (4) ☐ Lite utvalg instrumenter
- (5) ☐ Lydanlegg
- (6) ☐ Opptaksutstyr
- (7) ☐ Datamaskin

Spørsmål om din kliniske praksis

Musikkterapipraksisen omfatter:

- (1) ☐ Nyfødte
- (2) ☐ 1-5 år
- (3) ☐ 6-12 år
- (4) ☐ 13-18 år
- (6) ☐ Individuelle timer
- (7) ☐ Grupper
- (8) ☐ Miljøterapi

- (9) ☐ Musikk i direkte behandling av medisinsk tilstand (f.eks.smerter, kvalme, høy puls, lav metning...)
- (10) ☐ Musikkterapi som støtte til den medisinske behandlingen (f.eks. avledning ved prosedyrer)
- (11) ☐ Musikk brukt i terapeutiske prosesser relatert til psykososiale behov hos klienten og familien som følge av sykdom.
- (13) ☐ Musikk som fritidstilbud/underholdning
- (1) ☐ Evt. kommentarer: _____

Hvilke avdelinger får tilbud om musikkterapi?

Pasienter henvises til musikkterapi via:

- (1) ☐ Skole/førskole
- (2) ☐ Lege/sykepleier/fysioterapeut e.l.
- (6) ☐ Tverrfaglig møte
- (3) ☐ Muntlig
- (4) ☐ E-post/telefon
- (5) ☐ Elektronisk journal
- (7) ☐ Annet (utdyp) _____

Dokumenteres individuelle musikkterapitimer?

- (1) ☐ Ja, i musikkterapeutens egen logg
- (2) ☐ Ja, i elektronisk journal
- (4) ☐ Av og til
- (3) ☐ Nei
- (5) ☐ Annet (utdyp) _____

Helt til slutt

Har du tanker om spørsmål som burde vært stilt, kommentarer til spørreskjemaet eller emner du ønsker å utdype i intervjuet?

Vedlegg nr. 4: INTERVJUGUIDE NR. 1 & 2

Intervjuguide Musikkterapeuter

Nr.1

Kandidat nr.:

Institusjon nr.:

Forskningsspørsmål: - Hvordan er den kliniske musikkterapipraksisen på sykehuset? - Hvordan/hvorfor er praksisen blitt slik? Innledende del : Hoveddel : Beskrivelse av klinisk praksis : Notater fra spørreskjema: Om rammebetingelser; arbeidsforhold, ledelse og organisering Notater fra spørreskjema: Stikkord: Struktur – kultur Deltagelse – utvikling - variasjon	- Det har vært MT her iår. Hvor lenge har du jobbet på sykehuset? - Hvordan blir musikkterapi-tilbudet mottatt i miljøet? - Kan du si litt om praksisen din ? Beskriv hovedtrekkene/fokuset? <u>Områder:</u> - Tilbudet - Arbeidsmetoder - Kliniske prioriteringer - Dokumentasjon - Utvikling/Evaluering Samsvarer det med hvordan du ønsker å jobbe? Gi gjerne eksempler <u>Henvisninger/Prioriteringer:</u> På hvilket grunnlag prioriteres pasienter? - Hva/hvem er det som påvirker musikkterapitilbudet som gis ved din arbeidsplass? <u>Organisasjon/ledelse</u> - Hvordan er musikkterapien plassert i organisasjonen? - Hva er du fornøyd med mht. plasseringen? - Hva kunne du tenke deg annerledes mht. plasseringen? - Hva tar ledelsen ansvar for? Hva tar du ansvar for? - Stillingsbeskrivelse/klart mandat - Evaluering - Fagutvikling
---	---

Om integrering, tverrfaglig samarbeid og faglig utvikling

Notater fra spørreskjema:

Jfr. spørreskjemaet

Avsluttende del :

Veien videre

Gi gjerne eksempler

8. Tverrfaglig samarbeid
- Hvordan fungerer det tverrfaglige samarbeidet i din hverdag?
 - Kan du gi eksempel på godt tverrfaglig samarbeid ved sykehuset?
 - Kan du gi et eksempel på situasjon du kunne ønske samarbeidet var bedre?

Gi gjerne eksempler

9. Musikkterapifaget har utviklet seg mye de siste 10-15 årene. Evt. hvordan merker du noe til dette i ditt arbeid?
10. Forskning / publisering/ fagutvikling:
hva er drivkraften/grunnen til at det er slik ?
11. Om du kunne endret noe i din arbeidssituasjon eller praksis – hva skulle det vært?
12. Hvilke funksjoner/arbeidsoppgaver ser du for deg at kan ligge for musikkterapeuter i pediatrien i fremtiden?
13. Er det noe mer du vil si noe om som jeg ikke har spurt om her?

Du er blitt kontaktet fordi dere har MT som en del av tilbudet ved..... Jeg ønsker å se nærmere på hvordan dette fungerer i praksis – hvordan MT forholder seg til organisasjonen. Flere innfallsvinkler i innhenting av info.

Forskningsspørsmål: • Hvordan er den kliniske musikkterapipraksisen på sykehuset? • Hvordan/hvorfor er praksisen blitt slik? Innledende del : Hoveddel : Om klinisk praksis : Om rammebetingelser; arbeidsforhold, ledelse og organisering Notater fra spørreskjema: Om integrering, tverrfaglig samarbeid og faglig utvikling Jfr. Sykehusets mål, strukturer, strategier	1. Her har det vært musikkterapitilbud iår. Hvor lenge har du kjent til dette? 2. Hva tenker du om musikkterapi, og musikkterapiens plass pediatri? 3. Hvilke oppgaver har musikkterapeuten hos dere? Funksjoner relatert til sykehusets mål og virke? - Behandlingsfunksjoner - Støttefunksjoner - Miljøfunksjoner - Underholdning Gi gjerne eksempler 4. Hvordan fungerer dette i praksis hos dere? - Stillingen - Plassering i organisasjonen - Fysiske rammebetingelser - Tverrfaglig miljø - Selvstyrt /ledet - Avklart rolle? 5. Stor forskjell på hvordan MT-stillingen blir organisert ulike steder. Hvordan landet dere på denne modellen? - tilfeldig - bevisst prosess fra ledelse/MT - statlige/samfunnsmessige pålegg - brukerønsker 6. Hvilke tanker har du om det å være leder for musikkterapeuten – er det likt/ulikt din lederfunksjon for andre yrkesgrupper? Gi gjerne eksempler
---	--

Avsluttende del : Veien videre	7. Musikkterapifaget har utviklet seg mye de siste 10-15 årene. Evt. på hvilken måte merker dere det i arbeidet her ? 8. Hvilke arbeidsoppgaver ser du for deg at kan ligge for musikkterapeuter i pediatrien i fremtiden? 9. Er det noe mer du vil si noe om som jeg ikke har spurt om her?
---	--

Vedlegg nr. 5 : DATAMATRISSE MUSIKKTERAPEUTER

		Subgrupper	a	b	c	d	e	Sammenfatning
Ledelse og organisering	Organisering	0 – Fast, budsjett	x				x	
		0 – Prosjekt, gavemidl.		x	x			
		0 – Innleid, gavemidl.				x		
		0 – Kombistilling		x (pediatri)	x (psyk)	x (mus.)	x (psyk)	
	Ledelse	0 – Ledernærhet org.	(x)	x	Utenfo	Utenfo	(x)	0 –leder har nærhet til MT og fagfeltet
		0 – Praktisk ledelse	3	5	ped. ½	ped. ½	1	1 –leder tar adm. styring, gir god støtte og er tilgjengelig. Gir hjelp til struktur og utvikling.
Musikkterapeutens rolle og funksjon	MT-ansvar	0 – Mangler/utfordr.	3	2	3	2	2	0 –leder mangler kontakt med det kliniske, og eierskap til MT tilbudet, derfor er det lite eller ingen bevisst styring.
		0 – Selvstendig arbeid innen gitt struktur	x	x				0 –MT jobber selvstendig med praksis og fagutvikling i strukturer gitt av MT selv eller leder
		0 – MT alt ansvar	x		x	x	x	1 – MT initierer alt innen sitt fag, står fritt og tar alt ansvar
		0 – Uklart			x	x		0 – MT er uten klar styring og ansvarsfordeling, noe som gir frustrasjon
	Klinisk praksis	0 - Samsvar i data	x	x	x	x	x	- Henvisning: med.pers., ped.pers., muntlig, elektronisk
		0 – Dokumentasjon elektronisk journal	x	x	Ikke for x		x	- Metoder: alle 4 hovedmetoder i MT - Prioritet: langtidspas., alvorlig diagnose, utrygghet, kvalme/smerte, psyk.sos. Sjekk opp! - Avdelinger: alle med barn/unge - Dokumentasjon: elektronisk journal
	Faglig rolle	0 - Samsvar i data	x	x	x	x	x	- positiv mottagelse - varierende forståelse for MT fag/rolle
	Tverrfaglig	0 – Fast struktur	x	x	(x)	(x)	x	0 – ukentlige tverrfaglige møter
		0 – Bredt nettverk	x	x	(x)	(x)	x	1 – Bredt faglig kommunikasjons-nettverk = medisinsk pers., pedagogisk pers., kliniske støttefunksjoner, (m.fl.)
		0 – Mangler/utfordr.	4	1	4	5		0 – tverrfagligheten blir tilfeldig og personavhengig. Systemer mangler, så det er viktig å være tilstede for å få info. Flerfaglighet er ofte praksis, og felles mål savnes.

	Fagmiljø Fagutvikling	0 – Struktur/strategi 0 – MT Egen drivkraft 0 – Mangler/utfordr.	6	8	1	1	2	0 – Arbeidsplassen tar aktivt grep om veiledning og fagutvikling for MT-faget. Det er laget en struktur for dette, som bl.a. inneholder ekstern veiledning, kurs og oppfordring til forskning 0 – MT 's eget initiativ er avgjørende for fagmiljø og utvikling. MT evaluerer selv eget fag 0 – MT blir ikke evaluert. Det oppfordres ikke til forskning og lignende., og gis ikke tilbud om kurs /veiledning/videreutdanning. Et sted er MT lite flink til å oppdatere seg faglig.
	Visjon	0 – Strategisk spisset fagutvikling 0 – Systemforbedring 0 – Øke MT-stilling	4	6	2	1	2	0 –MT ønsker å gå mer i dybden inn mot spesifikke medisinske diagnoser og situasjoner, også psykodynamisk og psykoterapeutisk. 0 - Vil jobbe for mer definert yrke og rolle, sikre prioriteringer og tverrfaglig koordinasjon/kommunikasjon med fokus på helhet 0 – Det ønskes flere MT-stillinger

Forklaringer til tabellen

Sorteringsmetoder

1. **x**- når opptrer. (**x**) når opptrer i mindre grad enn **x**.
2. Tallfestet = antall nevnte punkter.
Kan ikke forstås som noe absolutt, men vise en tendens
3. Avvik – gis i tekst

0 – formelle strukturer/strategier

0 – uformell praksis

0 – mangler/utfordringer

0 – utsagn/erfaringer/ønsker

0 – nøytral info

Vedlegg nr. 6: DATAMATRISJE LEDERE

	Subgrupper	1	2	3	4	5	6	7	Sammenfatning
Ledelse og Organisering	0 – Administrativt 0 – Leder i pediatri 0 – Kontakt i pediatri 0 – Leder annen stillingsdel	(X)	X X	X	X	X X	X X		Administrativ, interpersonlig og fagstrategisk
	0 – Helhetlig ledelse					XXXXXX		XX	Strategi, kommunikasjon, initiativ
	0 – MT er selvstyrt	(X-psyk)		X		X		X	Kun adm., ikke nærhet til klinikk, mangler fagbakgrunn, komplisert å organisere, ikke utveksling med ped.
	0 – Mangler i ledelse	X	X			XXX		XXX	
MT- rolle og funksjon	0 – Konkret rolle/klinisk praksisbeskrivelse	(X-psyk)	XXX	X		(X-psyk)	XXX	XXX	Supplerende behandler, del av team. Eks: avspenning, psykosos., prosedyrestøtte m.m.
	0 – Diffus beskrivelse			X	X	X			Bedre hverdagen, når pasientene på en annen måte, tror det er viktig, er ikke dekket for MT i pediatrien.
	0 – Viktig funksjon		X	X	X	X	X	X	MT er viktig/del av helhetlig behandling
	0 – Utfordringer/mangler		XXX	X	X	X	X	X	Tilfeldig praksis, uten system, vet ikke hvordan det fungerer, ikke helt integrert Vanskelig å knytte til enhet
Fagmiljø Fagutvikling	0 – Personavhengig	X		X		X			MT er bare én, og det blir viktig å ha rett person med god samarbeidsevne.
	0 – Internt fagmiljø	(X-psyk)		X	(X-psyk)	X	X	(2 MT)	MT inkluderes aktivt i fagmiljø internt
	0 – Systematisk satsing/fagutvikling	(X-psyk)	X		(pedag.) (X-psyk)	XXXX	XXXX	XXX	Innovasjonskultur, kompetanseheving, planer for oppfølging/evaluering, forskning, kommunikasjon m.m.
	0 – Positiv utvikling	(X-psyk)		X	X	X	XX	XXX	God fremgang for MT, stilling/praksis. Mer avklart rolle og tydeligere kommunikasjon
Visjon	0 – Mangler i fagmiljø/utvikling				X			X	MT har ingen naturlig tilhørighet til fagmiljø på sykehuset. (Ikke behov for det)
	0 – Systematisk spisset satsning		X	X		XX	X	XX	Mer forskning, evidensbasert, spisset, bedre integrering og synlighet. Systematisk og differensiert.
	0 – Endret organisering		X			X	X	X	Vil vurdere ny organisering av MT
	0 – Økt behov for MT			X		X	X	X	Ser økende behov for MT, videreutvikling. Generelt mer samhandling bl.a. pga. økt kunnskap om psyk – soma. Stadig sykere pasienter.
Visjon	0 – Økonomi en utfordring		X	X					Økonomien vil styre tilbudet – myke faktorer taper fort i kampen om ressursene