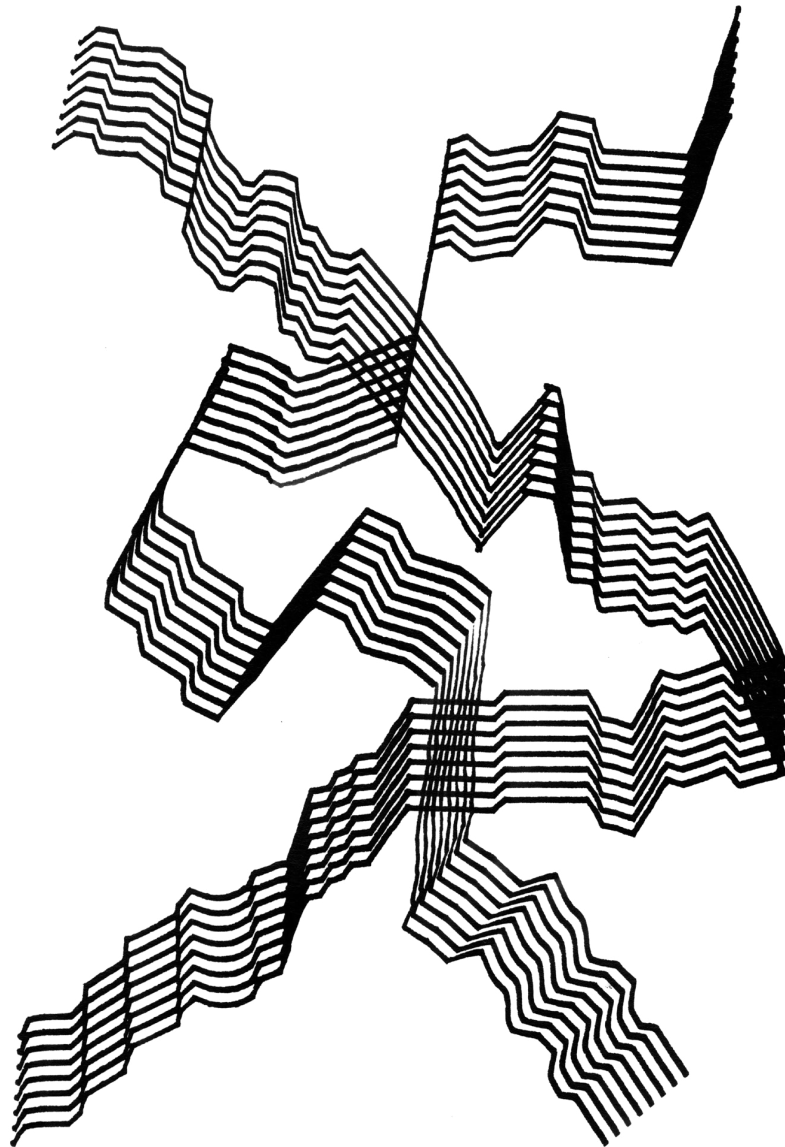


# Musikkterapi og tverrfaglig samarbeid innen psykisk helsevern

*«Gode å hjelpe hverandre  
for pasientens beste»*

Tobias Darwin Elstad Klaussen



Masteroppgave i  
musikkterapi  
Vår 2022



Norges  
musikkhøgskole  
Norwegian Academy  
of Music

**Tobias:** Hva tenker du er teamets styrker eller svakheter?

*«styrken er at vi er flere og at vi kan støtte oss på hverandre og at vi har litt ulik tilnærming, ulik kompetanseområder»*

*«Det er jo veldig mye sikkerhetsmekanisme i det. [...] når det er flere, så er det flere som passer på at det blir skikkelig og forsvarlig»*

**Tobias:** På hvilken måte tenker du at selve det tverrfaglige samarbeidet kommer til nytte for pasienten?

*«Tverrfaglighet gir jo en mulighet til å få et bedre helhetsbilde av pasienten»*

# Musikkterapi og tverrfaglig samarbeid innen psykisk helsevern

*«Gode å hjelpe hverandre for pasientens beste»*

Master i Musikkterapi  
Norges Musikkhøgskole  
Tobias Darwin Elstad Klaussen  
Oslo, mai 2022

Antall ord: 20'383

## Sammendrag

Denne studien omhandler tverrfaglig samarbeid på et distriktpspsykiatrisk senter. Temaet for studien er informantenes opplevelser av, samt musikkterapiens betydning for samarbeidet. Forskningen har en kvalitativ, hermeneutisk tilnærming, og gjennom tematisk analyse har jeg besvart følgende problemstilling: *Hvordan beskriver informantene opplevelsen av det tverrfaglige samarbeidet med en musikkterapeut, og hvordan beskriver informantene musikkterapiens betydning for det tverrfaglige samarbeidet?* Tre semistrukturerte dybdeintervjuer av en psykiatrisk sykepleier, en idrettspedagog og en musikkterapeut danner grunnlaget for denne studien.

Fire temaer ble identifisert i analysen: *Tanker om tverrfaglig samarbeid, Roller, Betydningen av tverrfaglig samarbeid, og Tilrettelegging for tverrfaglig samarbeid.* Den overordnede teorien er hentet fra sosiologien samt teori fra organisasjon og ledelse, og er valgt på bakgrunn av datagrunnlaget.

Resultatene viser at det er ulike opplevelser av det tverrfaglige samarbeidet. Det kommer blant annet frem at yrkesgruppene har manglende kunnskap om hverandre, samt at rolleforståelsen kan være utydelig. Funnene indikerer også et ønske om mer samhandling med ledelsen i forbindelse med implementering av musikkterapi, samt bedre møteledelse. Musikkterapiens betydning for det tverrfaglige samarbeidet omhandler i hovedsak informasjon musikkterapeuten kan komme med om pasientene. Det legges også vekt på at musikkterapi kan ha stor betydning for pasientenes hverdag, samt tilrettelegge for mestringsopplevelser og det å få kontakt med egne følelser.

Emneord: Musikkterapi, psykisk helsevern, tverrfaglig samarbeid, tverrfaglig samarbeidskompetanse, rolleforståelse, organisasjon og ledelse

## Abstract

This research examines interdisciplinary collaboration in mental health. The theme of this study is the subjects experience of, as well as the importance of music therapy for, the collaboration. A qualitative study based off a hermeneutic approach was carried out and with subsequent thematic analysis of the data, I have answered the following research question: *How do the informants describe their experience of the interdisciplinary collaboration with a music therapist, and how do the informants describe the importance of music therapy for the interdisciplinary collaboration?* Three individual, semi-structured, in-depth interviews of health workers, including a music therapist, makes up the foundation of this study.

The themes present in the analysis are fourfold: *Thoughts surrounding interdisciplinary collaboration, Roles, The importance of interdisciplinary collaboration, and Facilitation of interdisciplinary collaboration.* Following the analysis, the primary theory for this study is found within sociology, as well the theory on organisation and management

Results show that there are diverse experiences of the interdisciplinary collaboration, and highlights lack of role awareness and knowledge of the different work groups as important factors. Findings also indicate an interest in having more interaction with the management concerning the implementation of music therapy, as well a better meeting management. The importance of the music therapy for the interdisciplinary collaboration mainly concern information regarding the patients. The data also underlines the importance of music therapy in a patient's everyday life, for coping with experiences and emotional awareness

Keywords: Music therapy, mental health, interdisciplinary collaboration, interdisciplinary education, role awareness, organization and management

## Forord

Denne perioden har vært litt av en reise. En lang, seig og utfordrende reise, hvor jeg har lært ufattelig mye! Både av meg selv og av arbeidet rundt en slik prosess. Etter noen opp- og nedturer kan jeg endelig si at jeg har fullført min første mastergrad, og føler jeg kan avslutte denne reisen med stolthet.

Jeg vil veldig gjerne få takket min veileder, Tone, som har hjulpet meg med denne oppgaven! Hun har veiledet fra start til slutt og har vært en viktig ressurs i denne prosessen. Jeg vil også takk klassen som har bidratt til at hele skriveprosessen har blitt tilnærmet *koselig*. Alt fra de små samtalene omkring alt og ingen ting, torsdags-snacken, de som har lest gjennom teksten min, til treningsøktene inne på master-rommet. Takk også til NMH-skrivesenter for det gode tilbudet de har, som har lest gjennom teksten min og hjulpet meg med den akademiske skrivingen. Helt til slutt vil jeg også si takk til informantene! Så klisje som det kan høres ut, så hadde ikke denne masteroppgaven blitt til uten dem.

Takk!!!

*Tobias Darwin Elstad Klaussen  
Musikkterapi  
Mai 2022*

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1	PROBLEMSTILLING	2
1.2	BEGREPSAVKLARING	3
1.2.1	<i>Tverrfaglig samarbeid</i>	3
1.2.2	<i>Informanter</i>	3
1.2.3	<i>Beskrive</i>	3
1.2.4	<i>Betydning</i>	4
1.2.5	<i>Musikkterapi</i>	4
1.3	AVGRENSNING	5
1.4	DISPOSISJON	6
<b>2</b>	<b>TEORI</b>	<b>7</b>
2.1	BEHOVET FOR ØKT SAMARBEID	7
2.2	VIKTIGE BEGREPER	7
2.2.1	<i>Samarbeid, teamarbeid eller samhandling</i>	8
2.2.2	<i>Nivåer av samarbeid</i>	8
2.3	KOMPETANSEUTVIKLING	9
2.4	KJERNEKOMPETANSER I TVERRFAGLIG SAMARBEID	10
2.5	VIKTIGE FAKTORER I TVERRFAGLIG SAMARBEID	11
2.5.1	<i>Roller</i>	11
2.5.2	<i>Ledelse</i>	12
2.5.3	<i>Hierarki</i>	13
2.6	KONFLIKTER I TVERRFAGLIG SAMARBEID	14
2.7	POSITIVE FAKTORER FOR TVERRFAGLIG SAMARBEID	16
2.8	MUSIKKTERAPI OG PSYKISK HELSE	16
2.9	MUSIKKTERAPI OG TVERRFAGLIG SAMARBEID	17
<b>3</b>	<b>FORSKNINGSDESIGN OG METODE</b>	<b>19</b>
3.1	KVALITATIV METODE	19
3.2	VITENSKAPSTEORETISK TILNÆRMING	19
3.2.1	<i>Hermeneutikk</i>	20
3.3	DATAINNSAMLING	21
3.3.1	<i>Dybdeintervju</i>	21
3.3.2	<i>Semistrukturerte intervju</i>	22
3.3.3	<i>Utforming av intervjuguide</i>	22
3.3.4	<i>Rekruttering og informanter</i>	23
3.3.5	<i>Gjennomføring av intervju</i>	23
3.3.6	<i>Transkribering</i>	24
3.4	LITTERATURSØK	24
3.5	ANALYSEMETODE	25
3.6	METODEKRITIKK	27

3.7	FORSKNINGENS TROVERDIGHET .....	28
3.7.1	<i>Gyldighet/Validitet</i> .....	28
3.7.2	<i>Pålitelighet/reliabilitet</i> .....	29
3.7.3	<i>Overførbarhet/generalisering</i> .....	29
3.8	ETIKK.....	30
<b>4</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>32</b>
4.1	TANKER OM TVERRFAGLIG SAMARBEID.....	32
4.1.1	<i>Holdninger til tverrfaglig samarbeid</i> .....	33
4.1.2	<i>Opplevelser av det tverrfaglige samarbeidet</i> .....	34
4.1.3	<i>Styrker og svakheter i teamet</i> .....	35
4.1.4	<i>Forbedringsforslag</i> .....	37
4.2	ROLLER.....	38
4.2.1	<i>Rolleforståelse</i> .....	38
4.2.2	<i>Ledelse</i> .....	39
4.3	BETYDNINGEN AV TVERRFAGLIG SAMARBEID .....	40
4.3.1	<i>Betydningen av musikkterapi for pasientene</i> .....	41
4.3.2	<i>Betydningen av musikkterapi for det tverrfaglige samarbeidet</i> .....	42
4.4	TILRETTELEGGING FOR TVERRFAGLIG SAMARBEID .....	43
4.5	KORT OPPSUMMERING AV FUNNENE I DATAMATERIALET .....	44
<b>5</b>	<b>DISKUSJON</b> .....	<b>46</b>
5.1	OPPLEVELSEN OG BETYDNINGEN AV DET TVERRFAGLIGE SAMARBEIDET .....	46
5.2	FORUTSETNINGER FOR GODT SAMARBEID.....	49
5.3	BETYDNINGEN AV MUSIKKTERAPI FOR DET TVERRFAGLIGE TEAMET OG PASIENTENE.....	50
<b>6</b>	<b>AVSLUTNING</b> .....	<b>53</b>
<b>7</b>	<b>KILDER:</b> .....	<b>55</b>
<b>8</b>	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>66</b>
8.1	VEDLEGG A, INTERVJUGUIDE .....	66
8.2	VEDLEGG B, INTERVJUGUIDE .....	68
8.3	VEDLEGG C, INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKEERKLÆRING .....	70
8.4	VEDLEGG D, ANALYSE.....	73
8.5	VEDLEGG E, NSD-GODKJENNING .....	74



## 1 Innledning

*På scenen står bandet med hvert sitt instrument og gyver løst på det som er av takt og toner. Trommeslageren slår sine virtuose rytmer av skjeve taktarter med både armer og ben som gjør hver sin unike bevegelse; pianisten spiller de vakreste toner og flytter seg opp- og nedover tangentene; bassisten groover i det mørkere registret og blir et bindeledd mellom rytmeseksjonen og de mer melodiske instrumentene; gitaristen komplementerer pianisten i det totale lydbildet; vokalisten bruker all sin kraft for å nå de høyeste tonene og utføre sine perfeksjonerte riff.*

*Sammen skaper bandet musikk der hver utøver bringer med seg sine unike metoder og teknikker som påvirker lydbildet. Instrumentalistene lytter, kommuniserer med blick, toner og kroppsspråk, og utfyller hverandre i håp om å bevege noe hos lytterne, enten det er gjennom det tekstlige innholdet eller de melodiose strofene. Noen ganger overtar pianisten solistrollen, mens andre ganger sørger bassisten for det rytmiske rammeverket. Resultatet er jubel og skrik fra publikum i salen.*

Jeg ønsket å starte denne oppgaven med et eksempel på hvordan samarbeid kan se ut. Som musiker har jeg selv flere års erfaring fra dette feltet, og jeg vet hvordan resultatet av samarbeid kan føre til jubel og skrik. Forhåpentlig vis illustrerer dette noe som er overførbart til andre arenaer også.

Musikerne utøver sin kompetanse på hvert sitt instrument, og sammen er de et team som skaper et produkt. Instrumentalistene har forventninger til hverandre om hvilke oppgaver de har, der eksempelvis trommeslageren markerer overgangene, og at pianisten sørger for de tonale rammene i låten. De har noe kunnskap om hvert instrument og er bevisst hvilke svakheter og styrker hver enkelt utøver har.

Slik jeg ser det kan illustrasjonen av samarbeidet overføres til helsefeltet hvor resultatet ikke nødvendigvis blir applaudert, men fører til bedring av pasientens hverdag. Hvert teammedlem bidrar med sine ressurser og utfyller de tomrom som sørger for høy kvalitet. Som nyutdannet musikkterapeut kan jeg bistå med min kjernekompetanse – musikk – i arbeid med mennesker. Jeg har også tilegnet meg kunnskap om musikkens helsefremmende effekter og ferdigheter omkring ulike samhandlingsprosesser. Likevel vet jeg at også andre utdanninger kan gi høy kompetanse i samhandling og kommunikasjon, men kanskje mindre ferdigheter på andre områder.

I tillegg vet jeg på bakgrunn av at musikkterapi er en ung profesjon – og til tider undrende respons fra utenforstående på mitt valg av utdanning – at det er lite kunnskap om hva musikkterapi er. En måte å tilegne seg kunnskap om dette feltet er å lese litteratur. En annen måte er å opparbeide seg kunnskap gjennom erfaring. Ved samhandling og samarbeid med andre mennesker kan en lettere forstå et fenomen. Samtidig kan musikkterapeuter, slik jeg ser det, ha stort utbytte av å tilegne seg kunnskap fra andre fagprofesjoner på samme felt. Like så kan det bli lettere for musikkterapeuter å bli inkludert i team dersom andre har en bedre forståelse av hva det innebærer.

Leder for Senter for Tverrprofesjonell Samarbeidslæring (TVEPS), Ane Johannessen, uttrykker viktigheten av tverrfaglighet nettopp fordi at «virkeligheten er tverrfaglig» (Agdesteen, 2018). Hvis dette er virkeligheten, ønsker jeg å tilføye noe til dette sitatet: «virkeligheten er tverrfaglig, og tverrfaglighet skaper samhold og forståelse».

Jeg ønsker å skrive om tverrfaglig samarbeid med et håp om å bidra til bedre samhandling mellom musikkterapi og andre fag og profesjoner. Jeg ønsker å oppnå gjensidig forståelse omkring kunnskap og kompetanse hos de ulike fagprofesjonene, og mener det er viktig å ha bevissthet omkring hvordan vi samhandler med mennesker med ulik bakgrunn. Jeg ønsker å utvikle min samarbeidskompetanse fordi jeg mener bedre samhandling vil kunne gi mennesker som trenger hjelp et bedre behandlingstilbud.

Gjennom en kvalitativ intervjuundersøkelse av terapeuter på en institusjon innen psykisk helsevern skal jeg forsøke å belyse hvordan informantene opplever det tverrfaglige samarbeidet og sette dette opp mot forskning og teori som kan knyttes til temaet.

Innledningsvis har jeg presentert et eksempel på samarbeid. Følgende vil jeg legge frem problemstillingen, litteratursøk, og videre introdusere noen definisjoner av musikkterapi.

## 1.1 Problemstilling

Formålet med denne studien er å få et innblikk i helseutøvernes *opplevelser* av det tverrfaglige samarbeidet på institusjonen. Informantene består av en psykiatrisk sykepleier, en idrettspedagog og en musikkterapeut. Gjennom tre individuelle intervjuer ønsker jeg å få en bedre forståelse av hvordan de opplever musikkterapien som del av teamet, samt hvordan det tverrfaglige samarbeidet oppleves for musikkterapeuten. Problemstillingen lyder derfor som følgende: *Hvordan beskriver informantene opplevelsen av det tverrfaglige samarbeidet med en musikkterapeut, og hvordan beskriver informantene musikkterapiens betydning for det tverrfaglige samarbeidet?*

Informantene i denne studien er førstehåndskilder som sier noe om deres opplevelser av samarbeidet. Jeg avgrenser denne studien til å omhandle samarbeidet mellom helseutøverne,

og ikke hvordan samhandlingen oppleves for mottakerne av behandlingen. Imidlertid stiller jeg også spørsmål ved det tverrfaglige samarbeidets, samt musikkterapiens betydning for pasientene.

## 1.2 Begrepsavklaring

Jeg vil først avklare noen sentrale aspekter i problemstillingen og si noe om hva jeg legger i disse begrepene. Dette skal bidra til tydeliggjøring av hva jeg legger i spørsmålene i håp om å forhindre uklarheter i problemstillingen.

### 1.2.1 Tverrfaglig samarbeid

Det finnes ulike begreper som kan knyttes til tverrfaglig samarbeid (eng: *interdisciplinary collaboration*), og mange bruker begrepene om hverandre. *Tverrfaglighet* handler om å dra nytte av flere enn ett fag (Tjernshaugen, 2021), der ulike yrkesgrupper jobber sammen om en pasient eller en problemstilling (Helsedirektoratet, 2020). Eksempelvis kan tverrfaglighet bestå av en gruppe ansatte på en institusjon hvor sykepleiere, psykologer, leger, vernepleiere, etc., samarbeider om hjelpe en pasient.

I tverrfaglig samarbeid er det forventet at teamet skal ha et felles definert mål, rolleforståelse og -avklaring, gjennomføre hyppige møter, samt møte pasienten sammen (Forsetlund et.al. 2019). Fordelen med tverrfaglig samarbeid er at samlet faglig kompetanse sikrer pasientens behandlingsforløp. Samarbeidet har den hensikt å sørge for flere ulike perspektiver omkring en problemstilling der ressurser kan settes inn etter behov.

### 1.2.2 Informanter

En informant, også kjent som intervjuperson eller intervjuobjekt, er den som svarer på spørsmålene fra intervjueren eller forskeren (Kvale og Brinkmann, 2015; Orgeret, 2018). Informanter anses å ha høy kunnskap på feltet og evne til å reflektere omkring fenomener (Johnson og Rowlands, 2012). For meg forbindes informant med ordet *informasjon* som handler om det å ha kunnskap om noe. Informant blir i denne konteksten personen som sitter med kunnskap, eller informasjon, om de opplevelsene jeg ønsker å forske på.

### 1.2.3 Beskrive

Jeg har valgt å bruke ordet 'beskrive' i problemstillingen da opplevelser er subjektive meninger og tolkninger av et fenomen. En utenforstående til forskningskonteksten vil aldri helt kunne forstå andres opplevelser av noe. Derimot kan en lettere forstå ens beskrivelser av

opplevelsene. Gjennom å prøve å forstå beskrivelsene av informantenes opplevelser kan jeg som forsker – i den grad det lar seg gjør – forstå hva de uttrykker *om* opplevelsene.

#### 1.2.4 Betydning

Begrepet *betydning* refererer til informantenes tanker og meninger om noe. I denne konteksten søker jeg å forstå hva de tenker og mener musikkterapien har av betydning for det tverrfaglige samarbeidet.

#### 1.2.5 Musikkterapi

Å definere musikkterapi er krevende, og noen mener det til og med er udefinerbart. Utfordringen ved definisjoner er at det skal dekke flere områder, og det er vanskelig å ha et begrep som passer alle (Bruscia, 2014). Musikkterapeuter former ofte sin forståelse av musikkterapi på en slik måte at det gjenspeiler ens praksis. På den måten skapes det mange ulike definisjoner og tolkninger av musikkterapi (Ruud, 2017). Det er imidlertid utenfor denne forskningens tema å diskutere hvorvidt beskrivelsene er passende for dette fagfeltet eller ikke, men jeg ønsker å legge frem noen definisjoner som er anerkjent blant flere musikkterapeuter.

Bruscia (2014) har en definisjon av musikkterapi hvor han sier at:

*«Music therapy is a reflexive process wherein the therapist helps the client to optimize the client's health, using various facets of music experience and the relationships formed through them as the impetus for change. As defined here, music therapy is the professional practice component of the discipline, which informs and is informed by theory and research»*

(Bruscia, 2014, s. 36)

En annen versjon er Ruuds definisjon fra 1979 som sier at «musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter» (Ruud, 1990, s. 24). Da denne er veldig kort sier den ikke så mye om musikkterapien i seg selv, men heller dens muligheter, som igjen er veldig vide i den forstand at «nye handlemuligheter» kan være så mangt. Ruud argumenterer også for at denne definisjonen er mindre begripelig for utenforstående som er interessert i musikkterapi (Ruud, 1990, s. 24).

En tredje beskrivelse jeg ønsker å legge frem er Kielland, Solli og Trondalen sin fra 2020. De utga en etableringshåndbok som omhandler musikkterapi i rus- og psykisk helsetjenesten der de forklarer musikkterapi slik:

*«Musikkterapi handler om å skape utvikling, endring og å gi omsorg gjennom et musikalsk og mellommenneskelig samarbeid. Musikkterapi retter seg mot aktuelle mål innen helsefremmende arbeid, behandling, rehabilitering og omsorg, og kjennetegnes av en ressursorientert og kontekstsensitiv tilnærming som i stor grad er forenlig med recovery-perspektivet»*

(Kielland, Solli & Trondalen, 2020, s. 7)

Da denne studiens kontekst er psykisk helsevern faller det seg naturlig å si noe om hva som vektlegges i musikkterapi innenfor dette feltet. Norsk musikkterapi bygger på et humanistisk menneskesyn hvor det ressursorienterte fokuset og recovery-perspektivet vektlegges. Det humanistiske grunnsynet handler om at vi jobber ut fra et perspektiv hvor musikkterapeuter forsøker å se mennesket som et autonomt vesen med sin unike livshistorie, egne holdninger, meninger og følelser (Ruud, 2008; Nebelung og Stensæth, 2018). Et aspekt som er viktig i musikkterapien er empowerment-begrepet. Empowerment handler kort fortalt om at vanskeligstilte personer skal kunne føle makt over sitt eget liv (Solli, 2009). Gjennom musikalsk deltakelse vektlegges pasientenes ressurser – som kan føre til positive følelser – og gjennom positive opplevelser kan endring skje. Dette begrepet er også forenlig med den ressursorienterte tilnærmingen, som står musikkterapien nær. Det ressursorienterte fokuset, som Kielland, Solli og Trondalen (2020) sier kjennetegnes i musikkterapien, handler om å rette blikket på de positive sidene hos en pasient, styrkene og det de kan oppnå (Rolvjord, 2010). Recovery-perspektivet er en dypt personlig, og unik prosess der holdninger, verdier, mål, følelser, roller og ferdigheter endres. Målet er ikke å være symptomfri, men å kunne leve med symptomene. Det handler om å finne mening i livet og leve et godt liv (Anthony, 1993, s. 15).

Som jeg tidligere skrev er det utenfor denne studiens formål å vurdere ulike definisjoner. Imidlertid kan det være viktig å bemerke seg at definisjoner kan bidra til bedre forståelse av musikkterapi (Ruud, 2017). Derfor kan det tenkes at det å definere musikkterapi innenfor sitt felt kan føre til økt samhandling gjennom forståelse.

### 1.3 Avgrensning

I denne oppgaven har jeg avgrenset studien til å omhandle det tverrfaglige samarbeidet mellom helsearbeiderne. Begrepet tverrfaglig samarbeid inkluderer i litteraturen, også pasient og pårørende (Helsedirektoratet, 2021), men jeg har på grunn av studiens omfang utelatt deres perspektiver i forskningen. Imidlertid har jeg stilt spørsmål som tar for seg hva informantene tenker er pasientenes utbytte av det tverrfaglige samarbeidet.

## 1.4 Disposisjon

Videre i denne teksten skal vi gjennomgå teori, forskningsdesign og metode, presentasjon av resultater, og diskusjon. Kapittel to (teori) tar for seg ulike begreper, samarbeidets betydning fra et samfunnsperspektiv og i teamet, samarbeidslæring og kompetanser, og til slutt forsknings-artikler på tverrfaglig samarbeid. Kapittelet tre (forskningsdesign og metode) tar for seg valg av metode og begrunnelser knyttet til forskningsspørsmål, datainnsamlingsprosessen, analysemetode, forskningens troverdighet, samt etiske overveielser. Kapittel fire (resultat) presenterer funnene i intervjuene, mens kapittel fem (diskusjon) diskuterer funnene i lys av teori presentert i kapittel to.

## 2 Teori

Tverrfaglig samarbeid kan forekomme på ulike nivåer, samt i eller mellom institusjoner og bedrifter. Eksempelvis jobbes det tverrfaglig på sykehjem, sykehus eller innenfor psykisk helsevern, der psykologer, musikkterapeuter, sosionomer, vernepleiere, etc., samarbeider om en case; eller på skoler mellom ulike faglærere. Samarbeid kan forekomme tverretatlig, for eksempel mellom skoler og sykehjem der studentene får satt teori i praksis; eller mellom en lege som henvender pasienten til en spesialist. Tverrfaglig samarbeid gjør at en får et mer helhetlig bilde av pasienten (Agdesteen, 2020), og gir pasienten mulighet til å utnytte ulike tilbud i behandlingen (Twyford og Watson, 2008).

I dette kapitlet har jeg benyttet flere felt for å finne teori omkring tverrfaglig samarbeid. Her har jeg blant annet vært innom sosiologien samt organisasjon og ledelse. Disse områdene har gitt meg kunnskap omkring samarbeid, ulike roller i team samt konflikter.

### 2.1 Behovet for økt samarbeid

I 2010 publiserte Lancet-kommisjonen en rapport om datidens helseprofesjonsutdanninger og hvordan de var rustet til å møte fremtidens utfordringer (Frenk, et.al., 2010). *The Lancet* er et tidsskrift og en plattform med høy standard som har som mål å utvikle og informere om forskning på helse for å tjene samfunnet (The Lancet, udat.). Rapporten konkluderte med at helsesystemer omkring i verden ikke klarer å møte nye oppgaver på en tilstrekkelig måte der alle involverte blir ivaretatt. Dette resulterer blant annet i dårligere tjenestetilbud og høyere kostnader for pasienter (Frenk, et.al., 2010). For å imøtekomme utfordringene er det nødvendig å sette økt fokus på samarbeid mellom ulike fagfelt og profesjoner (Husebø og Ballangrud, 2021; Iversen og Hauksdottir, 2020), og flere studier tyder på at samarbeid har positive effekter på flere områder (Busari, Moll og Duits, 2017). Årsakene til utfordringene er økt alder i befolkningen og nye, mer komplekse sykdommer (Iversen og Hauksdottir, 2020). Iversen og Hauksdottir (2020, s. 12) mener at til tross for at Lancet-kommisjonens rapport ble utgitt for over ti år siden er den fremdeles gjeldende for hvordan dagens helsesystemer kan jobbe videre for å bedre samarbeid på tvers av profesjoner og fagdisipliner.

### 2.2 Viktige begreper

Før vi går inn på viktige faktorer innen tverrfaglig samarbeid skal vi først se på ulike begreper som benyttes om samarbeid. I det daglige blir flere av ordene brukt om hverandre – eksempelvis at noen sier de jobber tverrfaglig når de egentlig jobber flerfaglig eller tverretatlig – men ser vi på teorier omkring temaet skjønner vi at det kan være mer komplekst enn det kan fremstå.

### 2.2.1 Samarbeid, teamarbeid eller samhandling

Et samarbeid kjennetegnes som en prosess med flere involverte, der deltakere jobber mot et felles mål. Dette er i kontrast til individuelle prosesser der enkeltindivider jobber alene om å oppnå et ønsket resultat (McCallin, 2003). *Samarbeid* brukes ofte synonymt med *teamarbeid*. Et samarbeid kan foregå på tvers av helsepersonell, men der de ikke trenger å jobbe i team (Oandassen et.al., 2006, s. 4). Samarbeid er imidlertid en nødvendig forutsetning for at et team skal fungere. *Samhandling* er også et begrep som brukes om et samarbeid, men knyttes ofte opp mot direkte kommunikasjon mellom to eller flere parter (Noack og Tjora, 2018). Det handler om å utveksle erfaringer og opplevelser, meninger og kunnskap, og kan foregå gjennom ulike medium, for eksempel språk eller kunst (Svabø, Bergland og Hæreid, 2000, 62). I det følgende skal vi se på ulike nivåer av samarbeid.

### 2.2.2 Nivåer av samarbeid

Et samarbeid mellom flere helseprofesjoner kan praktiseres på ulike nivåer på en arbeidsplass, og begrepet sier noe om i hvilken grad helsearbeiderne samarbeider om en bestemt situasjon eller pasient. Ordene blir ofte brukt om hverandre, men har likevel en vesentlig forskjell. Når vi videre skal se på de ulike begrepene, velger jeg å bruke Elisabeth Willumsen sine definisjoner av samarbeidsnivåer (2021, s. 38-40). Willumsen er professor i sosialt arbeid og tar utgangspunkt i nyere forskning hentet fra både nasjonale og internasjonale forskere.

*Flerfaglig samarbeid* (eng: *multi-disciplinary/multi-professional*) er et samarbeid mellom to ulike helseutdanninger. De trenger ikke å jobbe tett sammen om en pasient, men samarbeider parallelt om å oppnå bedre resultater for den trengende. Det helhetlige fokuset på pasienten er fraværende, og hver helsearbeider jobber med sitt. Eksempelvis kan en lege fokusere på medisinenes virkning og bivirkning, mens en psykolog vektlegger det psykiske – reaksjoner og adferdsmønstre – uavhengig av hverandre.

I et *tverrprofesjonelt samarbeid* (eng: *interprofessional collaboration*) handler det mer om samhandling mellom de ulike profesjonene og at man ønsker å få et mer helhetlig bilde av pasienten. Eksempelvis samhandler legen og psykologen omkring hvilke medisiner pasienten kan ha nytte av samt pasientens bivirkninger av medisinerne. På dette nivået er det også viktig å være bevisst hva en selv kan bidra med i teamet, og ha forståelse av andres kompetanser og kunnskap.

Et team som har videreutviklet sine samarbeidsevner kalles *fellesfaglig samarbeid* (eng: *transdisciplinary teamwork*). Dette er et samarbeid som har utviklet seg over lengre tid og der en fagdisiplin eller profesjon integrerer andre fags kompetanser i sin egen praksis. Her kan



roller og arbeidsoppgaver fordeles på teamet. Dette forutsetter deling av informasjon og gode kommunikative ferdigheter. Et eksempel på dette er *fysmus*-tradisjonen som bygger på et tett samarbeid mellom en fysioterapeut og en musikkterapeut. Eide (2008) fremstiller dette som et *tverrfaglig* samarbeid, men basert på det tette samarbeidet, samt avhengigheten profesjonene har av hverandre for at det skal defineres som *fysmus*, kan dette forstås mer som et fellesfaglig samarbeid.

Går vi utenfor samarbeidet i institusjonen, har vi det som kalles *tverretatlig samarbeid* (eng: *multi-/interorganisational collaboration*). Dette handler om samarbeidet mellom institusjoner, som for eksempel mellom flere sykehus eller mellom en skole og et sykehjem.

Tverrprofesjonelt- og fellesfaglig samarbeid er, ifølge Twyford (2016), de mest effektive formene for samarbeid, sammenliknet med flerfaglig samarbeid. Dette kommer av at tettere relasjoner åpner opp for kommunikasjon mellom flere yrkesgrupper, muligheten til å bruke forskjellige terapeutiske tilnærminger i behandlingen, samt organisatoriske forhold som støtter opp om samarbeidet (Twyford, 2016). Til tross for at samarbeidet forekommer på ulike nivåer er det endelige målet at pasienten skal oppnå bedre helse. De enkelte fagene eller profesjonene har mindre delmål hver for seg der de jobber ut fra sine metoder og kunnskap for å hjelpe pasienten.

Videre i denne oppgaven vil jeg benytte begrepet *tverrfaglig samarbeid* når jeg referer til et samarbeid mellom ulike fag-/profesjonsgrupper. Dette er fordi jeg har mest kjennskap til dette begrepet, og fordi «tverrfaglig» ble brukt i intervjuene.

### 2.3 Kompetanseutvikling

I 2010 publiserte Verdens helseorganisasjon (WHO) (Gilbert og Hoffman, 2010) et rammeverk for fremtidige helsearbeidere og oppfordret til økt *tverrfaglig samarbeidslæring* (eng: *interdisciplinary education*). Målet med rammeverket er å tilby strategier politikere verden over kan benytte seg av for å implementere samarbeidslæring og samarbeidspraksis for utøvere innen helsevesenet. Retningslinjene anerkjenner behovet for bedre samarbeid, nettopp for å kunne møte komplekse utfordringer.

Samspillmeldingen fra den norske regjeringen har som mål å styrke utdanningene for å imøtekomme fremtidens kompetansebehov og gi bedre tjenestetilbud, samt jobbe mer forebyggende og helhetlig med brukerne i sentrum (Meld. St. 13 (2011-2012), s. 8). Dette er et svar på Samhandlingsreformen, som har «... en ambisjon å styrke spesialisthelsetjenestens forutsetninger for å kunne levere gode spesialiserte helsetjenester til befolkningen» (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 16). Samhandlingsreformen har også et framtidsrettet mål med ønske

om å dekke pasienters behov gjennom bedre tverretatlige samarbeid og økonomiske forutsetninger (St. Meld. Nr. 47 (2008-2009), s. 14).

Disse meldingene ble initiert i Kunnskapsdepartementets «forskrift om felles læringsutbytte for helse- og sosialfagutdanninger» der §2, punkt fire, vektlegger tverrfaglig samarbeid: «Kandidaten [skal kunne] samhandle både tverrfaglig, tverrprofesjonelt, tverrsektorielt og på tvers av virksomheter og nivåer, og initiere slik samhandling» (Kunnskapsdepartementet, 2017). Dette viser en sterk oppfordring fra politiske styringsdokumenter om å tydeliggjøre tverrfaglig samarbeid allerede under utdanning.

Tverrfaglig samarbeidslæring er når to eller flere profesjoner lærer om, av og med hverandre for å oppnå bedre samhandlingskompetanse. Det åpner opp for refleksjoner omkring måten helsearbeidere blir trent opp og hvordan dagens helsesystemer fungerer, samt forbereder fremtidens helsearbeidere på tverrfaglig samarbeid (Gilbert og Hoffman, 2010).

Noen utfordringer ved tverrfaglig samarbeidslæring er hvorvidt kompetanse på samarbeid er noe som kan måles. WHO bruker begrepet *practice-ready* for å beskrive studenter eller helsearbeidere som har fått opplæring i tverrfaglig samarbeidslæring. Med dette menes «en som har lært hvordan å jobbe i et tverrfaglig team og er kompetent til å gjøre så» (oversatt (Gilbert og Hoffman, 2010, s. 7)). Dette er, ifølge Rogers et.al (2016), vanskelig å måle da det ikke er enigheter om hvordan slik kompetanse kan vurderes.

#### 2.4 Kjernekompetanser i tverrfaglig samarbeid

I 2011 publiserte (oppdatert i 2016) Interprofessional Education Collaboration (IPEC) et dokument hvor de beskrev fire kjernekompetanser for tverrfaglig samarbeid; *Verdier/etikk for tverrfaglig samarbeid*, *rolle/rolleforståelse*, *tverrfaglig kommunikasjon*, og *team og teamsamarbeid* (IPEC, 2016). IPEC er et samarbeid mellom nasjonale foreninger fra ulike helseprofesjonsutdanninger. De jobber for å fremme konstituerende innsats som skal utvikle tverrprofesjonell samarbeidslæring for fremtidige helseprofesjoner. Målet er å sikre at nåværende og fremtidige profesjoner har kompetanse som ivaretar pasientsikkerheten og er samfunns- og befolkningsorientert (Ipeccollaborative.org, udat.). Som vi skal se er disse kompetansene viktig å ha bevissthet rundt for at teamet skal kunne jobbe sammen på best mulig måte. Imidlertid er det viktig å påpeke at ulikheter og uenigheter vil oppstå i team, men med riktig kompetanse kan konflikter forebygges eller håndteres på en fruktbar måte for alle parter.

*Verdier/etikk for tverrfaglig samarbeid* handler om å forstå og respektere de unike kulturene og verdiene, rollene, ansvaret og kjernekompetansen hos den enkelte arbeider. Det handler om å samarbeide med pasienten, pårørende, og de som utøver behandlingen/terapien. Dette innebærer å samarbeide i et miljø med gjensidig respekt og delte verdier.

*Rolle/Rolleforståelse* handler om å kommunisere og forklare sine roller og ansvarsoppgaver tydelig til dem de samarbeider med, om å anerkjenne sine og andres begrensninger når det gjelder kunnskap og kompetanse, samt å engasjere seg i egen kunnskapsutvikling. Dette innebærer å bruke den kompetansen en har og de ressursene som er tilgjengelig i teamet for å hjelpe pasientene.

*Tverrfaglig kommunikasjon* handler om å lytte til og anerkjenne hvert enkelt teammedlem med deres forslag og meninger, og om å ha tiden som trengs for å kunne gi og motta konstruktive tilbakemeldinger. Teamet må benytte seg av de verktøyene (eks. ulike datasystemer) og arenaene (eks. møter) som er til for å kunne gjennomføre disse samhandlingene. Dette innebærer også om å ha kommunikasjon med pasient, pårørende og kolleger på en anvendelig og formålstjenlig måte som er konstruktiv for alle parter.

Med *team* og *teamsamarbeid* menes å tilrettelegge for relasjonsbyggende verdier og styrke samarbeidet for å kunne gi bedre behandlingstilbud. Dette innebærer å reflektere omkring den individuelle og teamets praktisering av samarbeidet, om å engasjere og inkludere andre, og reflektere rundt likheter og ulikheter. For at dette skal kunne praktiseres er det også viktig å ha en leder eller ledergruppe som også støtter opp under det tverrfaglige samarbeidet.

Hvert av de fire kompetansene har underkategorier som går dypere inn på hva disse innebærer. Jeg valgte å ikke gå inn på alle punktene, men trakk frem de trinnene som er mest relevant for min forskning i forhold til dataen jeg har samlet inn (se IPEC, 2016 for gjennomgang av hele listen).

Kompetansene IPEC legger frem blir også sett på som viktige i andre studier (Cameron, et.al., 2013; Silén-Lipponen, Turunen og Tossavainen, 2002; Richards, et.al., 2013; Ansa, et.al., 2020). Dette kan tyde på at bevissthet og kunnskap omkring disse kompetansene er grunnleggende for at tverrfaglig samarbeid skal fungere optimalt.

## 2.5 Viktige faktorer i tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid består av flere mennesker som jobber sammen, og som vi har sett er det en kompetanse som må trenes på for at samarbeidet skal fungere optimalt, men hvem eller hva består samarbeidet av? De tre faktorene i tverrfaglig samarbeid jeg har valgt å trekke frem er spesielt relevant for funnene i datamaterialet mitt. Først skal vi se på *rolle*begrepet og hva det innebærer.

### 2.5.1 Roller

En rolle sier noe om hvilke oppgaver, forventninger og rettigheter en ansatt har på en arbeidsplass. Å ha en rolle innebærer at en er i relasjon med andre og der helsefagarbeiderne utfyller hverandre. De dekker et behov i teamet der de bidrar med sin kunnskap og kompetanse

innenfor et felt (Svabø, Bergland og Hæreid, 2000; Iversen og Hauksdottir, 2020). Utøveren i teamet har også et ansvar om å gjennomføre sine arbeidsoppgaver (Iversen og Hauksdottir, 2020, s. 52). For eksempel har en lege en medisinsk ekspertise som bare hen har, mens en psykolog har kompetanse på psykologisk utredning og behandling.

En oversiktsartikkel av Gregory et.al. (2021) viser at rolleforståelse (*role awareness*) var en viktig faktor for godt tverrfaglig samarbeid. For at teamet skal fungere optimalt, og for at pasienten skal få mest mulig utbytte av hjelpen hen får, er det viktig at teamet har kunnskap om den enkeltes spesialkompetanse og roller på feltet (Iversen og Hauksdottir, 2020, s. 52). På et individnivå kan mangel på kunnskap om en profesjons roller og kompetanse skape konflikt i teamet. Det kan oppstå en «konkurranse»-dynamikk om hvem som har kunnskap om eller har ansvaret i en bestemt situasjon. Rollekonflikt kan også oppstå når ens forventninger til samarbeidspartner ikke blir oppfylt og kan være et resultat av uklare roller (Ødegård, 2021, s. 121; Cameron, et.al., 2013).

Rolleforståelse kan også ses på som en kompetanse i tverrfaglig samarbeid (MacDonald et.al., 2009). Det handler om å vite hvor ens egne kompetanser starter og slutter, og dermed også hvor en annens profesjon «tar over». Her får en også bevisstgjort hva som kan være likhetstrekk mellom de ulike profesjonene. Å forstå ens roller gir kunnskap om hva den andre i teamet kan bidra med, samt tydeliggjør ulike perspektiver og metoder de forskjellige teammedlemmene bruker. En slik bevisstgjøring kan føre til økt verdsettelse av samarbeidet. Som vi skal se i neste avsnitt har også ledelsen en viktig betydning i henhold til rolleforståelsen og arbeidsmiljøet i en organisasjon.

### 2.5.2 Ledelse

Å lede handler blant annet om å påvirke gjennom samhandling (Skogstad, 2017), samle teamet om en felles enighet omkring innsats og mål (Sagberg, 2022), samt koordinere og motivere teamet (Willumsen og Ødegård, 2021). Lederskap er viktig for at et tverrfaglig samarbeid skal fungere godt og for å kunne tilby sikker behandling for pasientene (Garrouste-Orgeas, Flaatten og Moreno, 2016), og ledere oppfordres til å tilrettelegge for god organisasjonskultur med fokus på tverrfaglig samarbeid og teamtrening (Husebø, Ballangrud og Dieckmann, 2021, s. 97). Ifølge en rapport utgitt av Statens arbeidsmiljøinstitutt har lederskap påvirkning på det psykososiale miljøet på en arbeidsplass. Godt lederskap forbindes med lavere risiko for psykiske plager, økt motivasjon, følelsen av tilhørighet til arbeidsplassen, og høy grad av tilfredshet (Bakke, et.al., 2021, s. 28). Ifølge en oversiktsstudie av Manser (2009, s. 147), kommer det frem at godt lederskap kan redusere fysisk og psykisk utmattelse, samt påvirke arbeidstilfredshet og organisatorisk forpliktelse blant teammedlemmene. En annen

oversiktsstudie av Cameron et.al. (2013), henviser til forskning som viser at godt lederskap gjør en tryggere i rollen sin, bidrar til tydeligere målsettinger, og bedrer resultater. Godt lederskap i en organisasjon eller et team er derfor en viktig del av det tverrfaglige samarbeidet for å oppnå gode resultater og for at medarbeidere skal trives i jobben.

Ledelse krever ulike kompetanser avhengig av kontekst, nivå av ledelse og stillingsbeskrivelse (Liang, et.al., 2020; Aakerø, 1997). I tillegg til de tidligere nevnte oppgavene, er ledelsens jobb å delegerer arbeid mellom de ulike teammedlemmene innenfor deres kunnskapsområder (Fløistad, 1991). Dette krever at leder tilrettelegger for individuell administrering samt praktisering av kjernekompetanse. I et slikt miljø har hvert teammedlem viktige roller og er nødvendig for det totale samarbeidet.

En fare ved slik delegering er om en underordnet leder – som ikke har lederkunnskap – opererer ut fra sine synspunkter og overser andres kompetanser innenfor feltet. Dette kan skape en kultur hvor noen fagdisipliner eller profesjoner blir sett på som viktigere enn andre. En slik administrator er kanskje mer opptatt av dirigering, kontrollering og diskriminering, er lite fleksibel og ønsker å lykkes med sitt. En god (underordnet) leder ønsker derimot å delegerer oppgaver, jobbe for selvstendigjøring og integrering, er fleksibel og ønsker at andre skal lykkes (Fløistad, 1991, s. 108-112).

Tildeling av en lederrolle kan også skape rollekonflikt om ens egne tanker og meninger får høyest prioritering. De andre teammedlemmenes syn og kunnskapsområder kan dermed risikere å bli satt til side, eller at viktige innspill blir oversett (Iversen og Hauksdottir, 2020). En god leder ser derimot hvilke behov den enkelte ressurs kan utfylle. På den måten kan en leder måtte sette sine egne ønsker og behov til side nettopp for å møte utfordringene på best mulig måte.

Ifølge Olsen (2016), er noen av egenskapene hos en god leder å være «sulten» og formbar. Det handler om å være interessert i forbedring og utvikling i organisasjonen eller å tilegne seg ny kunnskap, å være lyttende og anerkjennende ovenfor sine medarbeidere, og å ta ansvar for slik endring. Lederskap er en viktig del av teamet, men det må bevisstgjøres hvilke funksjoner den utvalgte leder har. Å ha en leder tyder også på ulikheter, noe som ofte kan assosieres med hierarki, og sier noe om hvem som er viktig i temaet. Dette er imidlertid ikke alltid knyttet til dårlig samarbeid eller skjevfordelt makt i den forstand at en gruppe mennesker alltid skal bestemme. Derimot kan dette skape tydeligere roller og ansvarsoppgaver i teamet.

### 2.5.3 Hierarki

Et hierarki er et sosialt system av flere lag med ulik fordeling av fordeler og ulemper. Det handler om varierende maktfordeling på arbeidsplassen, og baseres på flere faktorer:

Utstrålende personlighet eller andre egenskaper som tilsier at en passer som leder; det kan være gjennom arv, eksempelvis en konge som overtar tronen eller arv i en familiebedrift; eller det kan være at en har opparbeidet seg stillingen som leder på bakgrunn av rettigheter, kompetanser og kunnskap (Svabø, Bergland og Hæreid, 2000).

Som leder kan det tenkes at en ønsker å vise at en er verdig som leder, og derfor overser det som er viktig for at et samarbeid skal fungere. En artikkel av Reeves et. al. (2009) mener at hierarki kan hindre tverrfaglig samarbeid nettopp fordi viktige faktorer for godt samarbeid blir oversett. Twyford (2016) beskriver dette som beskyttende adferd der profesjoner forsøker å verne om sin kunnskap og ekspertise innenfor et felt, og har fordommer om andre profesjoners kompetanser. Dette kan videre resultere i utilstrekkelig behandling for pasienten og opplevelsen av samarbeidet (Reeves et.al., 2009). En hierarkisk tankegang gjør at en bruker andre til å styrke seg selv, eksempelvis gjennom å kommunisere sine måloppnåelser og sin kompetanse, snakke *til* heller enn *med* teamet, eller gir uttrykk for at en ikke ønsker tilbakemeldinger (Skau, 2017).

Hierarki blir ofte brukt i en negativ kontekst, men det er også viktig å få frem at hierarki har sine fordeler, skal vi tro Morgan (udat.). Hierarki er ofte forbundet med makt og lederskap, men som vi har sett er godt lederskap viktig for at samarbeid skal kunne fungere. Ifølge Morgan (udat.) hjelper hierarki at en ser hvor en passer inn i organisasjonen. En miljøarbeider har sine bestemte oppgaver og forholder seg til dem, mens en lege har sine oppgaver og forholder seg til andre ting. Hierarki kan gi bedre oversikt og tydeligere forståelse av sin rolle og sine ansvarsoppgaver i teamet.

## 2.6 Konflikter i tverrfaglig samarbeid

Utover de overnevnte konfliktene (se *Roller, Ledelse og Hierarki*) kan andre konflikter eller utfordringer oppstå i team. Konflikter kan oppstå både mellom institusjoner (altså tverretattlig) eller innad på institusjoner. Disse er ofte et uttrykk på ulike kulturer og verdier, eller måter å se en situasjon på (Iversen og Hauksdottir, 2020), og er ofte et resultat av uklarheter eller manglende kommunikasjon. Konflikt knyttes ofte opp mot negative ord som uenigheter, skade – eller i alvorlige tilfeller – krig. Samtidig er det en positiv side ved utfordringene i en organisasjon eller i et samarbeid der teamet kan vokse og utvikle seg som resultat av konfliktene (Skau, 2017, s. 104).

Uenigheter kan oppstå når fremgangsmåter, metoder og mål ikke er avklart. Dette kalles *metodekonflikt* (Iversen og Hauksdottir, 2020, s. 98-99). Det kan være ulike måter å se pasientene på, eksempelvis biomedisinsk eller kognitivt, noe som gjør at behandlerne prioriterer ulikt. En følge av uklarheter i behandlingen kan være at pasienten sliter med å forstå

hva som er terapi når terapeutene initierer ulike behandlingsmetoder, uten å avklare med alle parter. I slike tilfeller kan det være hensiktsmessig å forstå hva som er de ulike synspunktene, og hvorfor dette prioriteres hos den enkelte behandler/terapeut. Det handler ikke om å få en enighet i behandlingen, men om å få en felles forståelse av hva som gjøres og hvorfor.

En annen type utfordring – som ofte kan relateres til metodekonflikt – er *verdikonflikt*. Dette handler om at verdier og holdninger kan være ulike utfra forskjellige faggrupper. Det kan være uenigheter om hva som bør prioriteres eller hva som faktisk er problemstillingen (Iversen og Hauksdottir, 2020, s. 99), eller det kan være ulike syn på hva som er rett og galt (Svabø, Bergland og Hæreid, 2000). Eksempelvis kan noen ønske å utfordre pasienten i å delta i sosiale settinger, mens andre mener det kan være hensiktsmessig å fokusere på hva som er bakgrunnen for den sosiale angsten. I slike konflikter kan dette løses ved å kommunisere omkring utfordringen, der målet ikke nødvendigvis er å bli enige om riktig fremgangsmåte, men å forstå og anerkjenne den andres meninger.

Konflikter kan også oppstå der nye tjenester implementeres på en etablert arbeidsplass. Ansatte vil måtte forholde seg til nye kolleger, nye systemer eller behandlingsformer, kanskje bli tildelt nye roller, og generelt tilpasse seg organisasjonen på en ny måte. En implementeringsprosess kan fostre konflikter der verdier og metoder mellom de ansatte blir utfordret. En felles forståelse og enighet omkring målene, samt kommunikasjon er en viktig del av denne prosessen, da dette skaper trygghet og forutsigbarhet som skaper motivasjon blant de ansatte. Her er også viktig at prosessene gjennomføres på alle nivåene i bedriften, og at ledelsen kontrollerer og støtter opp om den endringen som skjer (Baklien, 2007; Mathiesen og Storaas, 2020; Larsen, 2017; Lefort, McMurray og Tesvic, 2015).

Implementering av musikkterapi kan sette i gang prosesser der konflikter oppstår (Ledger, Edwards og Morley, 2013). En artikkel av Ledger, Edwards og Morley (2013) påpeker noen av musikkterapeutenes utfordringer når de kommer inn i et team. De kan blant annet oppleve isolasjon, utydelige rolleavklaringer, eller oppleve en konkurransedynamikk med de andre teammedlemmene om deres roller og ansvarsoppgaver. Dette kan oppfattes som en trussel på profesjonsidentiteten hos den enkelte utøver eller teamet. Profesjonsidentitet handler om hvordan en profesjon eller profesjonsutøver kategoriserer eller skiller seg fra andre profesjoner (McNeil, Mitchell og Parker, 2013). En nyansatt musikkterapeut kan kunne oppleves som en trussel for teamets eller en profesjons identitet. Musikkterapeuten vil med sine verdier og metoder, samt sin kompetanse og kunnskap, være noe nytt og ukjent for teamet og kunne supplere, eller i noen tilfeller overlape andres roller og oppgaver.

Når konflikter oppstår, enten det er ulike måter å tilnærme seg problemstillingen på, manglende forståelse av en rolle eller dårlig lederskap, er kommunikasjon et viktig verktøy. Kommunikasjon er selve limet i samarbeidet og handler om å overføre budskap fra noen til en

eller flere andre (Ødegård, 2021, 123; Svabø, Bergland og Hæreid, 2000; Bryar, 2008). Utover å ha felles forståelse av begreper den enkelte bedrift/institusjon bruker, er kommunikasjon – som vi har sett – en kompetanse og nødvendighet som gjør at samarbeid skal fungere. I samtaler er en selv verktøyet i kommunikasjonen (Zimsen, 1993). Samtalen gjør det mulig å løse konflikter, eller i noen tilfeller bare få en avklaring på uenighetene.

## 2.7 Positive faktorer for tverrfaglig samarbeid

Det tverrfaglige teamets holdninger og oppfatninger til samarbeid har mye å si for pasientens utbytte av behandlingen. Ifølge en oversiktsstudie av Manser (2009), kommer det frem at kommunikasjon, deling av kunnskap, felles måloppnåelse og gjensidig respekt kunne knyttes til kvaliteten på behandlingen, pasientopphold og resultat. En studie publisert av Ansa et.al. (2020) viser flere positive sider som resultat av tverrfaglig samarbeid. Blant annet kommer det frem at tverrfaglig samarbeid bidrar til å se pasientene mer som en helhet, samt bidrar til mer positive holdninger til samarbeid. Her fremheves effektive kommunikasjonsferdigheter som viktig for pasientsikkerheten. Videre kommer det også frem at tverrfaglig samarbeid hjelper en å forstå sin egen og andres roller bedre. Dette innebærer å ha tillit og gjensidig respekt for teammedlemmene.

## 2.8 Musikkterapi og psykisk helse

Musikkterapi er et voksende fagfelt som jobber innen flere områder; på skoler, sykehjem, i fengsler, eller rus og psykisk helsevern, for å nevne noen (Stige og Ridder, 2016; Solli, 2008; Chen, Hannibal og Gold, 2015; Kristiansen, 2016; Overå, 2013; Robarts, 1994). I Helsedirektoratets retningslinjer har musikkterapi høyeste anbefalingsgradering (A) for mennesker med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013). Graderingen viser at forskningen:

*«bygger på systematiske oversikter og metaanalyser av randomiserte kontrollerte studier eller minst én randomisert kontrollert studie av overveiende god kvalitet og konsistens. Kunnskapsgrunnlag nivå 1a og 1b og vurderinger av etiske, praktiske og økonomiske forhold.»*

Helsedirektoratet, 2013, s. 161

Musikkterapi er også anbefalt av Helsedirektoratets faglige retningslinjer for behandling av rusavhengighet (Helsedirektoratet, 2016), samt nevnt som en terapeutisk tilnærming i behandling av spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017). Musikk blir også nevnt som en strukturert psykologisk behandling – «fellesbetegnelse på anerkjente og teoribaserte



psykologiske intervensjoner bygget på et gjensidig samarbeid mellom terapeut og pasient» (Helsedirektoratet, 2009, s. 37) – av depresjon hos voksne (Helsedirektoratet, 2009, s. 39).

Forskning på musikkterapi er godt dokumentert og viser gode resultater på psykisk lidelser. Cochrane Library – samling av databaser som inneholder forskningsartikler og studier av høy kvalitet – har publisert flere oversiktsartikler om bruk av musikkterapi i behandling av psykiske lidelser, deriblant depresjon og psykoselidelser (se eksempelvis Aalbers et.al., 2017; Geretsegger et.al., 2017). Andre artikler fremhever musikkterapiens non-verbale muligheter for traumeutsatte pasienter. Da mange med psykiske lidelser kan ha utfordringer eller manglende erfaring med å sette ord på følelser kan musikkterapi være et godt verktøy i samhandling (Bibb, 2021). En annen artikkel av Witte et.al. (2020) viser musikkens evne til å redusere stress og stresshormonet kortisol.

Bruscia (2014) presenterer fire måter å oppleve musikk på: gjennom improvisasjon, gjenskaping eller fremførelse, komponering, og lytting. Disse fire opplevelsesformene har hver sin unike karakter som tilbyr ulike måter å prosessere og reflektere omkring bruken av musikk. De krever forskjellig persepsjonelle og kognitive ferdigheter, vekker følelser på ulike måter, og engasjerer flere interpersonlige prosesser (Bruscia, 2014, s. 127). For eksempel kan musikk påvirke svekkede kognitive funksjoner som følge av depresjon (Erkkilä et.al. 2008); låtskriving kan legge til rette for selvrefleksjon og uttrykk for indre følelser som rammes inn i musikken (Baker, 2015); musikkkomposisjon og -produksjon kan sette i gang kreative prosesser som engasjerer og gir mestringsopplevelser; korsang kan bidra til økt velbehag og lavere stressnivå (Beck et.al., 2000); synging kan gi tilgang til sitt indre jeg slik at en får bearbeidet traumatiske opplevelser (Chong, 2011); musikkterapeutisk improvisasjon kan fungere som en utviklingsprosess hvor pasienten, i samhandling med terapeuten, blir anerkjent for sine initiativ; og musikk kan tilby en form for stimuli og sosialt fellesskap for rusavhengige. Musikk er et grunnleggende kommunikativt verktøy hvor mennesker kan dele og gi uttrykk for følelser, holdninger, meninger, og sin identitet (Miell, MacDonald og Hargreaves, 2007).

## 2.9 Musikkterapi og tverrfaglig samarbeid

Å jobbe tverrfaglig kan ha en viktig funksjon for musikkterapeuter da det kan gi en bedre forståelse av andre fagpersoners roller, samt hvordan rollene utfyller hverandre. Dette kan bidra til reduksjon av isolerte faggrupper (Twyford, 2016; Twyford og Watson, 2008). Som jeg var inne på i introduksjonen, er det å forstå hva musikkterapi innebærer ikke en enkel sak. Musikkterapien er i seg selv transfaglig, som vil si at den består av flere disipliner – musikk eller kunst og terapi (Bruscia, 2014, s. 9). Aasgaard (2015) benevner på den andre siden

forskningen innenfor kultur og helsefeltet for flerfaglig. Slik sett er det forståelig at det er utfordrende å både definere og avgrense feltet innenfor bestemte rammer og roller.

Innen psykisk helsevern jobber de ofte i samarbeid med andre helsearbeidere (Solli, 2009), men det er noe ulik oppfatning av musikkterapiens betydning som en terapeutisk tilnærming. En studie fra 1997, gjennomført av Choi, viste at psykiatere hadde lavere forventninger og dårligere holdninger til musikkterapien enn andre helsearbeidere. Psykiaterne mente at musikkterapi ikke hadde noen effekt på de fleste psykiske lidelsene, men at pasientene kunne utvikle sosiale ferdigheter, gi bedre uttrykk for seg selv, og oppleve glede gjennom musikk. Det ble heller ikke sett på som en del av behandlingen, men som et tilbud til den øvrige behandlingen, blant psykiaterne (Choi, 1997). En kvalitativ studie av musikkterapi i palliativ omsorg, gjennomført av O'Kelly og Koffman (2007), gjengir noen av sykepleiernes usikkerhet omkring musikkterapi. De mente musikken kunne vekke unødvendige følelsesmessige reaksjoner hos pasientene som ikke kunne håndteres. Dette begrunner de med manglende forståelse av hva musikkterapi er. Blant de allierte helseutøverne kommer det derimot frem at deres egne disipliner hadde blitt forbedret etter at musikkterapien ble en integrert del av behandlingen (O'Kelly og Koffmann, 2007). Dette kan ses i lys av Wu et.al. (2020) sin randomiserte kontrollerte studie, der gruppemusikkterapien økte motivasjon for behandling av ruspasienter. Musikkterapien forsterket mestringsstroen, reduserte negative emosjoner og tilrettela for sosiale møter.

Sykepleiernes usikkerhet omkring musikkterapien blir også portrettert i artikkelen av Ledger, Edwards og Morley (2013). Musikkterapeutene forteller om sykepleiere som er overbeskyttende ovenfor sine pasienter og skeptisk til nye intervensjoner. I studien blir det forklart at en mulig årsak til kollegenes uvisshet kunne henge sammen med sykepleiernes omsorg for pasientene heller enn musikkterapien i seg selv (Ledger, Edwards og Morley, 2013).

Ifølge Bibb (2021) anses musikkterapi som en tilleggsbehandling til samtaleterapi, og ekskludert fra det nasjonale budsjettet. Dette skaper en barriere som gjør at musikkterapien ikke blir likestilt med andre terapiformer.

### 3 Forskningsdesign og metode

Denne studien om tverrfaglig samarbeid er basert på tre intervjuer av behandlere/terapeuter som jobber på et DPS. Blant disse informantene er en av dem utdannet og ansatt som musikkterapeut, mens de to andre er henholdsvis psykiatrisk sykepleier og idrettspedagog. I det følgende vil jeg begrunne valg av forskningsdesign og metode. Her vil jeg gå inn på kvalitativ metode, vitenskapsteoretisk tilnærming, datainnsamling og valg av analysemetode, forskningens troverdighet, samt etiske overveielser i forskningsprosessen.

#### 3.1 Kvalitativ metode

Da jeg valgte metode tok jeg utgangspunkt i det jeg ønsket å finne ut av, nemlig informantenes *opplevelser* av det tverrfaglige samarbeidet. Jeg landet derfor på kvalitativ metode, som søker å finne meningssammenhenger i datagrunnlaget (Skilbrei, 2019, s. 14). Opplevelsene av det tverrfaglige samarbeidet er altså det som står i sentrum i denne forskningen. Kvalitativ metode forsøker å «få en så helhetlig forståelse som mulig av forholdet mellom personen og den situasjonen han eller hun befinner seg i (konteksten)» (Jacobsen, 2010, s. 55). Jeg avgrenser meg fra å fokusere på hvordan samarbeidet kan observeres. Fokuset rettes istedenfor mot hvordan samarbeidet oppleves for den enkelte, og hvorfor disse opplevelsene beskrives som de gjør – er det visse faktorer som påvirker samarbeidets opplevde kvalitet? I kvalitative studier søker forskeren etter *forståelse* av informantene heller enn å *forklare* hvorfor noe oppleves slik det gjør. Jeg mener derfor at en kvalitativ tilnærming er best egnet for å besvare problemstillingen.

#### 3.2 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Før vi går inn på hva hermeneutikk er ønsker jeg å formidle mitt utgangspunkt for denne studien, eller mine *forkunnskaper/forforståelser*. Dette sier noe om hvem jeg er og hvordan jeg stiller meg til forskningsfenomenet (Thornquist, 2003, s. 205-206). Mitt utgangspunkt for forskningen baserer seg på erfaringer i musikkterapeutisk arbeid. Arbeidserfaringene kommer fra et sykehjem og et distriktpspsykiatrisk senter (DPS) (ikke samme som studiens kontekst) hvor jeg selv opplevde at samarbeidet mellom meg som musiker og de andre helsefagarbeiderne var minimale.

Da jeg ankom sykehjemmet visste jeg aldri om avdelingen var forberedt på at jeg skulle ha musikkstund. Noen ganger satt beboerne klare for å delta i de musikalske møtene hvor vi sang gamle sanger og de fikk muligheten til å dele sine musikalske livshistorier. Andre ganger observerte jeg beboere som kom trillende inn i stuen fordi de ikke var forberedte. Stemningen var alltid god blant de som deltok. Imidlertid var det noe som manglet i gruppen. Ingen av

helsearbeiderne var tilstede, hverken i gruppen eller på avdelingen. Jeg fikk følelsen av at de tok seg pause i det musikken startet. Heller fikk jeg aldri høre om beboerne; hvilken musikk de likte eller deres helsetilstand.

På DPS-et hadde jeg faste timer på ettermiddagen to dager i uken. Timene kunne bestå av band, musikklytting, *body percussion*, (lage rytmer med kroppen), allsang eller musikkquiz. Blant pasientene var det som regel godt oppmøte og det ble snakket varmt om timene. Noen ganger kunne sosionomen eller vernepleieren være med, men som regel ledet jeg timen alene. Da personalet var med kunne vi i etterkant av timen diskutere noen av hendelsene eller snakke om tilbudet og dens muligheter for pasientene. Imidlertid oppfattet jeg noen av kollegene som mindre interesserte i det jeg drev med. Enten ble musikken et rom hvor personalet kunne ta seg fri eller avtale andre aktiviteter med pasientene.

I tillegg til arbeidserfaringene har jeg også fått min forforståelse av musikkterapi gjennom studiet. Blant annet har jeg hatt praksis ett semester på gjeldende institusjon. Her ble jeg kjent med musikkterapeuten som ble intervjuet, fikk kjennskap til institusjonen, samt noen av kollegaene (deriblant idrettspedagogen). Studiet har også gitt meg kunnskap om faget musikkterapi og hvilke muligheter den har i ulike kontekster. Dette gjør at jeg har en sterkere tilknytning til og forståelse av hva dette innebærer sammenliknet med andre fagområder og profesjoner som jobber innen samme felt.

Etter min mening har studiet fremstilt disiplinen på en slik måte at musikkterapien er en nødvendighet som fyller et «tomrom» i ulike felt, og i noen tilfeller bedre enn andre disipliner. Da dette kan være treffende i noen anledninger – eksempelvis der pasienten har manglende verbale kommunikative ferdigheter – har jeg en holdning om at musikkterapi ikke er bedre enn andre disipliner, men heller noe som kan komplimentere andre terapiformer. Med andre ord tenker jeg at musikkterapi i noen tilfeller kan likestilles andre terapiformer hvor hver utdanning spesialiserte seg på sitt felt.

### 3.2.1 Hermeneutikk

Denne forskningen kan plasseres innenfor *humaniora*, som forsøker å forstå mennesket, dets uttrykk i en kontekst (forskningsradet.no, udat.). Dette samsvarer med mitt ønske om å prøve å forstå informantene innenfor deres område. Humanvitenskapen handler om å prøve å forstå mennesket, i motsetning til naturvitenskapen som forsøker å forklare visse fenomener (Thornquist, 2003, s. 147).

Hermeneutikk (gresk: *hermeneuein*) sies å være grunnlaget for all humanvitenskap (Thomassen, 2016, s. 159) og betyr å tolke eller fortolke. Det handler om en forståelse av hvordan vi forstår ting, og derfor også hvordan vi forstår den verden vi lever i. I utgangspunktet

handlet hermeneutikk om hvordan vi tolket skrifter, men har i senere tid blitt utviklet til også å kunne tolke mer enn bare tekster (Ebdrup, 2012). Det kan gjelde handlinger, intervjuer, videomateriale, eller kunst (Fangen, 2011, s. 217). I en hermeneutisk tilnærming skal en gjøre seg bevisst de forkunnskaper og den forforståelsen en har i møte med dataen som behandles (Thornquist, 2003), nettopp fordi disse er med på å forme og påvirke forskningsfenomenet. I mitt tilfelle vil som nevnt mine praksiserfaringer og studiet være med på å forme min forståelse av det innsamlede datamaterialet, samt forskningsspørsmålene i intervjuguiden.

Jeg valgte en hermeneutisk vitenskapelig tilnærming fordi jeg mener at valgene vi tar og meningene vi har er basert på våre tidligere erfaringer omkring et gitt tema. På samme måte som vi blir formet gjennom barndommen – som kommer til utspill i tenårene og senere voksenlivet – er våre erfaringer og den kunnskapen vi tilegner oss gjennom livet en avgjørende faktor for vår identitet. Tilsvarende mener jeg at våre ideer og oppfatninger av noe påvirkes av vår ervervede forkunnskap og forforståelse. Med andre ord vil min oppmerksomhet rettes mot noe som er kjent eller står i strid med mine tidligere erfaringer; mine tanker om et utsagn vil påvirkes av mitt tidligere utgangspunkt; og mine meninger om dataen vil påvirkes av min tidligere, og nyoppdagede, kunnskap.

### 3.3 Datainnsamling

Å velge intervju som metode for å samle inn data var en naturlig avgjørelse. Intervju er en av de grunnleggende metodene i sosialvitenskapen og brukes innenfor mange forskjellige fagdisipliner (Keith, 2016, s. 234). Et forskningsintervju søker å produsere kunnskap basert på informantens opplevelse av verden gjennom erfaringer, tanker og følelser (Dalen, 2008, 15). Dataen som samles inn er nyanserte og ikke basert på tall (ofte brukt i kvantitativ metode) (Kvale og Brinkmann, 2015). Gjennom intervjuer får forsker en fortolkning av informantens opplevelser av forskningsfenomenet (Skilbrei, 2019, s. 177), og det er dette jeg bruker som data i min forskning.

#### 3.3.1 Dybdeintervju

Innsamlingen av data foregikk gjennom semistrukturerte dybdeintervjuer. Et dybdeintervju kan minne om en samtale med en nær venn, men skiller seg fra der forsker søker å få en dypere forståelse av et tema. Slike intervjuer er ofte nærliggende informantens tanker, meninger, holdninger og verdisyn om noe de selv har erfaringer med. Informantene er i slike tilfeller ofte førstehåndskilder; en som har direkte erfaringer med eller tilhører det miljøet eller den konteksten forskningen søker å få en forståelse av. Intervjuer må også gjøre seg bevisst hvordan en selv opptrer i intervjusituasjonen, hvor målet er at informanten blir en samarbeidspartner med forskeren (Johnson og Rowlands, 2012).

Jeg valgte å gjennomføre dybdeintervjuer da dette tillater informantene å gi nyanserte svar på mine forskningsspørsmål. Samtidig gir det også informanten muligheten til å reflektere omkring temaet i intervjusituasjonen.

### 3.3.2 Semistrukturerte intervju

Semistrukturerte intervjuer kan virke som en hverdagslig samtale, men har som formål å produsere kunnskap. Forskeren søker å samle informasjon om informantens livsverden slik hun eller han opplever den, og følger en intervjuguide. I motsetning til et lukket intervju har det semistrukturerte intervjuet en litt mer åpen tilnærming med muligheter for å stille oppfølgingsspørsmål (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 46).

Jeg valgte det semistrukturerte intervjuet fordi det gav meg mulighet til å forberede noen av spørsmålene på forhånd, og samtidig stille spørsmål som kunne være relevant, i intervjusituasjonen. I motsetning til det strukturerte intervjuet – der spørsmålene stilles i en bestemt rekkefølge uten rom for variasjon – har jeg måttet ha noe kunnskap på forhånd om temaet. Valget baseres også på min kompetanse og erfaringer rundt gjennomføring av forskningsintervju. Som student med lite erfaring på forskning mente jeg dette både gav meg noen retningslinjer (forberedte spørsmål) samt frie tøyler til å utforske mer rundt informantens utsagn.

### 3.3.3 Utforming av intervjuguide

Utgangspunktet for intervjuguiden var masteroppgavens problemstilling. Intervjuguiden er delt opp i syv trinn av ulik lengde (vedlegg a & b). Første trinn var en introduksjon hvor jeg presenterte prosjektet, motivasjon for temaet, og gav informasjon om informantens rettigheter og samtykkeerklæringsskjema (vedlegg c). Andre trinn var ment som en samtalestarter, – *åpen dialog* – men ble i alle tre intervjuene hoppet over da de naturlig gikk over til tredje trinn – *eget yrke*. Dette omhandlet informantens utdanning og deres stillingsforhold på institusjonen. Trinn fire, *tverrfaglig samarbeid*, handlet om deres syn på temaet og hvordan de opplevde samarbeidet, og trinn fem handlet om *musikkterapi*. Trinn seks var en kombinasjon av *musikkterapi og tverrfaglig samarbeid*, men med fokus på pasientperspektivet. Trinn syv var *avslutning*, hvor de fikk muligheten til å legge til kommentarer eller ta opp tidligere temaer. For musikkterapeuten ble det forberedt færre og litt andre spørsmål i trinn fem (vedlegg b). Dette fordi noen av spørsmålene ikke var hensiktsmessige for musikkterapeuten å svare på.

Før jeg intervjuet den endelige informantgruppen gjennomførte jeg to prøveintervjuer med henholdsvis en psykologstudent og en musikkterapeut. Prøveintervjuet med psykologstudenten foregikk via zoom, mens prøveintervjuet med musikkterapeuten skjedde ved fysisk

oppmøte på hennes arbeidsplass. Disse intervjuene gav meg mulighet til å bli kjent med meg selv i intervjusituasjonen, samt vurdere spørsmålene og dens relevans til temaet. Noen av spørsmålene viste seg å være for vage slik at de ble vanskelige å svare på, og jeg ble derfor nødt til å gjøre dem noe tydeligere. I intervjusituasjonen erfarte jeg også at det å være for fokusert på spørsmålene gjorde meg mindre mottagelig for det som ble sagt. Dette resulterte i at jeg ikke klarte å stille oppfølgingsspørsmål da innholdet i utsagnene ble oversett. Disse erfaringene gjorde jeg meg bevisst både før og under forskningsintervjuene.

#### 3.3.4 Rekruttering og informanter

Informantene som stilte til intervju ble rekruttert via en felles mail som ble sendt ut til ansatte på institusjonen. Mailen inneholdt opplysninger om forskningsprosjektet, slik at de som ønsket å delta kunne melde sin interesse direkte til min e-post. Da denne studien omhandler teamets syn på musikkterapi som en del av det tverrfaglige behandlingstilbudet, var kriteriene for å kunne stille til intervju at de måtte jobbe i samme team som musikkterapeuten.

Informantene hadde på intervjuenes gjennomføringstidspunkt jobbet der i ett til tre år. Dette er en tid hvor covid-19 har hatt stor påvirkning på samfunnet i henhold til muligheten for samhandling. Se 3.6 Metodekritikk hvor jeg diskuterer mer omkring dette.

Intervjuene ble gjennomført på et distriktpsikiatrisk sykehus (DPS) (på grunn av personvern har jeg valgt å ikke navngi hvilket DPS dette gjelder). Et DPS er en spesialisthelsetjeneste for behandling av psykiske lidelser og kan bestå av ulike tilbud og tjenester som dag- og døgnenhet, samt polikliniske og ambulante tjenester. Pasienter kan etter henvisning – gjerne av fastlegen – få hjelp til behandling av de fleste psykiske lidelser, inklusive rusproblematikk. Blant de vanligste yrkesgruppene som jobber på DPS er sykepleiere, sosionomer, hjelpepleiere, psykologer, miljøterapeuter og lege (Malt, 2021).

#### 3.3.5 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass høsten 2021, og ble avtalt fortløpende med den enkelte. At intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen var av hensyn til deres arbeidsdag slik at de ikke skulle trenge å bruke ekstra tid og ressurser på reise. Dette kan også bidra til at informantene føler seg tryggere i kjente omgivelser (Magnusson og Marecek, 2015).

På begynnelsen av intervjuet skrev de under på en samtykkeerklæring (se vedlegg c). De fikk også tilbud om en gjennomgang av deres rettigheter i forskningsprosjektet. Samtlige takket nei til dette da de hadde lest gjennom dokumentene – samtykkeerklærings skjema og prosjekt-beskrivelse – på forhånd.

Intervjuene ble tatt opp på en Zoom-H5 Handy Recorder (lydopptaker). Samtlige informanter ble informert om at intervjuene ble tatt opp, og fikk beskjed om når opptaket startet og stoppet.

### 3.3.6 Transkribering

Å transkribere handler om å transformere noe til noe annet (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 205). I dette tilfellet transformerte jeg fra lyd til tekstformat. Intervjuene hadde en lengde fra en time og 12 minutter til en time og 20 minutter. Etter intervjuene transkriberte jeg lydopptakene fortløpende. Dette gjorde jeg for å se om det var noe jeg kunne være oppmerksom på i de videre intervjuene. Transkripsjonene foregikk i flere stadier hvor jeg i første gjennomgang skrev ned alt av lyder og repetisjoner. Da jeg i begynnelsen av analyseprosessen imidlertid innså at det var mye som kunne tas bort – gjerne repetisjoner og små kommentarer fra meg – gjorde jeg dette på alle intervjuene. I kodingen av datamaterialet printet jeg dette ut på ark og markerte alle utsagn jeg anså som viktige. Dette ble gjennomført tre ganger. På siste gjennomgang valgte jeg også å endre transkripsjonene ved å gjøre om på språket for å bevare informantenes anonymitet.

## 3.4 Litteratursøk

Utenom informantene som kilde til informasjon har jeg også benyttet flere databaser i litteratursøket. Litteratursøket var i hovedsak gjennomført i databasene PubMed, Google Scholar og Helsebiblioteket. I tillegg har jeg benyttet meg av «snøballmetoden», som vil si at jeg har funnet kilder via andre kilder, eksempelvis referanser oppgitt i kildelister i bøker, forskningsartikler eller rapporter (Greenhalgh og Peacock, 2005).

Søkeordene ble i hovedsak benyttet på engelsk, men noen ganger også på norsk. Kombinasjon av flere søkeord forekom også, samt ulike endelser. Trunkering (\*) ble ofte benyttet som indikasjon på at ordendingene kunne variere, eksempelvis «inter\*» som et alternativ til «interdisciplinary» eller «interprofessional».

Søkeordene var «interdisciplinary», «interprofessional», «multiprofessional», «multidisciplinary», «collaboration», «team», «teamwork», «lead\*», «role», «music therapy», «mental health». På norsk søkte jeg på ordene «tverrfaglig», «tverrprofesjonell», «lede\*», «samarbeid», «musikkterapi», «psykisk helsevern» og «helse».

Ut fra de funnene jeg har gjort som tar for seg tverrfaglig samarbeid og musikkterapi hadde jeg ingen avgrensninger når det gjaldt årstall. Derimot avgrenset jeg søkene som omhandlet teorier på tverrfaglig samarbeid til etter år 2000.



Søkeresultatene bestod av blant annet fagbøker, forskningsartikler, rapporter, dokumenter og modeller. Da forskningens kontekst var innen psykisk helsevern var det meste av litteraturen innenfor dette feltet. Imidlertid benyttet jeg også andre yrkes- og fagfelt som sykehjem, sykehus, rehabilitering, skole, organisasjonsteori, samt psykologi, medisin, vernepleie, sykepleie og sosialt arbeid.

### 3.5 Analysemetode

Analysen av dataen er basert på primærdata, nemlig data jeg har samlet inn gjennom intervjuer (Jacobsen, 2010, s. 53). Jeg har valgt å bruke *tematisk analyse* som metode for å analysere datamaterialet. Braun og Clarke (2006) mener dette burde bli sett på som en grunnleggende metode innenfor kvalitativ forskning fordi den gir basiskunnskap som kan overføres til mer komplekse metoder. Videre er den også en fleksibel metode som kan brukes innenfor flere ulike fagfelt og med ulikt teoretisk bakteppe (Braun & Clarke, 2006). Den fleksible fremgangsmåten i forskning tillater at jeg selv kan velge hva jeg anser som et tema og som jeg ønsker å benytte for å best besvare forskningsspørsmålet.

I tematisk analyse er det faktorer som er viktig å belyse som bidrar til hvordan vi velger å analysere dataen. Forskeren kan ta utgangspunkt i teorier som allerede eksisterer på området (*deduktiv*) eller ta utgangspunkt i det som kommer frem i dataen (*induktiv*) (Skilbrei, 2019). I mitt tilfelle har jeg en *induktiv* tilnærming til datamaterialet, som vil si at jeg heller fokuserer på innholdet i dataen fremfor å se om informantenes utsagn tilsvare eksisterende teorier på området. Motsatt ville være å ta utgangspunkt i teori om tverrfaglig samarbeid og se om informantenes utsagn sa noe som kunne passe inn med teorien. Å ta utgangspunkt i teori vil kunne påvirke hvordan forskeren ser på datamaterialet og derfor også hvilke koder og temaer som settes fokus på (Braun og Clarke, 2006).

Mitt kunnskapsteoretiske perspektiv, også kjent som epistemologi eller erkjennelsesteori, sier noe om hvordan jeg ser på dataen i forskningen (Skilbrei, 2019, s. 37) samt hvordan vi forstår virkeligheten (Tjora, 2020). Slik jeg forholder meg til virkelighetsforståelsen kommer den til vår oppfattelse gjennom opplevelser og erfaringer, eller i en bestemt kontekst, og kommer til uttrykk i sosiale settinger. Dette tilsvare et konstruktivistisk kunnskapssyn. Dataene som fremkommer i denne forskningen er subjektive og jeg ønsker å forstå dem i en større kontekst. Jeg ønsker å prøve å forstå deres subjektive virkelighetsoppfatning i de ulike teamene.

Et tredje standpunkt er hvorvidt forskeren søker å gå dypere inn i informantenes utsagn (*latent eller tolkende*) eller ønsker å forholde seg til det som blir sagt (*semantisk eller eksplisitt*), det som fremkommer i intervjuene (Braun og Clarke, 2006). I mitt tilfelle ønsker jeg å forholde

meg til sistnevnte – semantisk. Jeg forsøker å forholde meg til det som kommer frem i intervjuene og ikke gå dypere inn i hva et utsagn *kan* bety.

Braun og Clarke (2006) tilbyr en trinnvis fremgangsmåte for analysen av den innsamlede dataen:

1. Gjøre seg kjent med datamaterialet
  2. Lage koder
  3. Finne temaer
  4. Gjennomgå temaer
  5. Forklare og navngi temaene
  6. Rapportering
- 
- 1) For meg var det en fordel at jeg selv gjennomførte og transkriberte intervjuene. Dette gjorde at jeg tidlig fikk kjennskap til materialet. Med en eksplorerende (induktiv) tilnærming til datamaterialet (Skilbrei, 2019, s. 55) fokuserte jeg på informantenes utsagn med et åpent sinn om hva som kunne være viktige funn i forskningen. Den åpne holdningen til datamaterialet ble også videreført i alle av analysen.
  - 2) Tidlig i prosessen startet jeg å markere områder i tekstene jeg tenkte kunne være viktige funn. Dette ble gjort både på PC og på printede dokumenter. Som en inspirasjon til hvordan jeg kunne finne koder (sitater) og jobbe videre med funnene fulgte jeg et eksempel av Rosala (2019) som hadde en praktisk fremgangsmåte hvor hun foreslo å markere og klippe ut viktige funn i teksten og deretter å henge dem opp på veggen (vedlegg d). Dette ble gjort etter flere omganger hvor jeg re-transkriberte (fjernet unødvendige eller repeterende ord fra den originale transkripsjonen) intervjuene før de endelige utsagnene ble hengt på veggen.
  - 3) Etter at alle kodene ble hengt opp på veggene sorterte jeg dem i ulike temaer. Dette stadiet foregikk i flere omganger hvor ulike koder ble slått sammen til et tema, noen ble flyttet til andre temaer, eller at nye temaer «dukket opp».
  - 4) Da alle kodene var sortert begynte skriveprosessen. I første omgang prøvde jeg i hovedsak å få ned så mange av kodene som mulig og legge til tekst for å skape overganger mellom dem. Dette foregikk over flere dager og jeg la merke til at noen av kodene kunne flyttes på slik at det ga bedre sammenheng, at noen av temaene ikke var helt passende for kodene, eller at noen av sitatene ble utelatt fra studien.
  - 5) Temaene ble på dette stadiet bestemt, og jeg gikk frem og tilbake på valg av navn i den hensikt å representere innholdet. Jeg forsøkte å navngi temaene på det jeg anså som det essensielle i sitatene.
  - 6) Rapporteringen vil i denne konteksten være hele kapittel fire hvor jeg presenterer dataen. Prosessen hvor jeg måtte prøve å finne den endelige strukturen ble også gjennomgått, og jeg forholdt meg til Magnusson og Mareceks (2015, s. 167) ledende spørsmål, «So What?» (norsk: «hva så?») for å finne ut hvordan dette kunne presenteres. Poenget er at forskeren

skal lede leseren gjennom datamaterialet og kunne svare på «hva så?» til det som kommer frem. Jeg har med andre ord presentert datamaterialet på en slik måte at vi får en generell forståelse av det opplevde samarbeidet, deretter ser vi på utfordringene, og avslutningsvis sier noe om hvorfor dette er viktig å fokusere på.

### 3.6 Metodekritikk

Jeg ønsker å starte med å diskutere min posisjon som musikkterapistudent og forsker i dette prosjektet. Som nevnt har jeg en relasjon til musikkterapeuten i denne studien da jeg tidligere hadde praksis på gjeldende DPS våren 2021. Dette kan være med å påvirke mitt syn på det tverrfaglige samarbeidet, samt gjøre det utfordrende for informantene å gi kritiske tilbakemeldinger om musikkterapien. Samtidig gir det også meg som forsker en dypere forståelse av forskningsobjektet (Thornquist, 2003; De nasjonal forskningsetiske komiteene, 2019b). Jeg kan relatere meg til ulike situasjoner eller forhold på institusjonen og dermed forstå informantene annerledes sammenliknet med noen som ikke har kjennskap til arbeidsplassen.

Som student kan det også diskuteres hvorvidt min kompetanse som forsker faktisk oppfyller en bestemt standard. Kvale og Brinkmann (2015) beskriver intervjueren som et forskningsinstrument og fremhever dens kvalifikasjoner. De hevder en flink intervjuer blant annet har mye kunnskap omkring forskningstemaet og intervjusituasjonen, samt har evne til å plukke opp små nyanser i samhandlingen (kroppsspråk og ulike uttrykksmåter). Til tross for at jeg ikke er ekspert på fagområdet eller har gjennomført forskningsintervjuer – foruten pilotintervjuene – tidligere kan jeg, i lys av den hermeneutiske tilnærmingen, ønske å utforske temaet med et åpent sinn og være interessert i informantenes utsagn. Med en induktiv tilnærming (se avsnitt 3.4 Analysemetode) til datamaterialet har jeg også den forutsetning om at jeg tar utgangspunkt i dataen heller enn i allerede eksisterende teorier på området. Videre kan det også diskuteres om mine arbeidserfaringer omkring temaet gir meg den nødvendige kunnskapen som skal til for å kunne forske på dette området. Som tidligere ansatt på et DPS og sykehjem har jeg opparbeidet meg erfaringer gjennom andre roller, som kommer til nytte i den kvalitative forskningen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019b).

Som nevnt under 3.3.3 *Rekruttering og informanter*, har informantene jobbet på institusjonen i opp til tre år. Det kan diskuteres hvorvidt deres samarbeid har hatt tid til å utvikle seg gjennom de tre årene samtidig som covid-19-restriksjonene har hatt stor innflytelse på samhandlingsmulighetene. Det er imidlertid vanskelig å si i hvor stor grad samhandlingen har blitt påvirket av restriksjonene, samt hvilke konsekvenser dette har hatt for teamet, men jeg anser dataen som nyanserte og reflekterte i den forstand at de kan representere en tilnærmet normal hverdag. Covid-19 ble heller ikke nevnt i noen av intervjuene, noe som kan tyde på at

samarbeidet i seg selv ikke har blitt påvirket i betydelig grad. Jeg mener datagrunnlaget likevel gir et rikt og nyansert bilde på hvordan samarbeidet oppleves for den enkelte, og bevisstgjør hva som er bra og hva som har potensial for forbedring.

### 3.7 Forskningens troverdighet

Tidligere i dette kapittelet har jeg beskrevet mitt utgangspunkt for studien, altså min forkunnskap og forforståelse (se 3.2 Vitenskapsteoretiske tilnærming). Dette er en del av forskningsprosessens kvalitets- og troverdighetskontroll (Skilbrei, 2019, 87). Videre skal jeg nå forsøke å si noe om forskningens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet, det som tilsammen sier noe om hvor troverdig forskningen er.

#### 3.7.1 Gyldighet/Validitet

Gyldighet handler om å sette fokus på det forsker faktisk undersøker. Det vil si; forskes det på det som faktisk forskes på? (Drageset og Ellingsen, 2011; Jacobsen, 2010). Er spørsmålet omkring informantenes opplevelser av det tverrfaglige samarbeidet det som forskes på? Det første svaret på dette er valg av metode. Kvalitativ metode tilbyr en dypere forståelse av datamaterialet enn kvantitative studier som heller sikter å oppnå en mer generell forståelse av et fenomen. I denne studien intervjues informantene, noe som tillater meg som forsker å stille spørsmål ved deres opplevelser, og med en semistrukturert tilnærming kan jeg stille oppfølgingsspørsmål til deres utsagn. Dette gjør at svarene informantene gir blir nyanserte og får en større tyngde, fordi vi «angriper» forskningsfenomenet fra ulike vinkler. Et utsagn hvor en informant sier at tverrfaglig samarbeid er bra, betyr ikke nødvendigvis at det ikke er noen negative sider ved det. Vi utforsker med andre ord ulike aspekter av fenomenet.

En annen faktor som kan være nyttig å diskutere er hvorvidt informantene gir et nyansert bilde av det som faktisk er. Da det bare var tre personer som stilte til intervju er det med stor sannsynlighet at det er flere sider ved utfordringene enn de som kommer frem i intervjuene. Likevel er informantenes utsagn omkring forskningstemaet sanne i den forstand at det er *deres* opplevelser av samarbeidet. Det er deres subjektive opplevelser og meninger om samarbeidet som kommer frem, og ikke hvordan de tror andre opplever samarbeidet. En annen faktor som gir informantene gyldighet er at de er del av det samarbeidet som foregår på institusjonene (*førstehåndskilder*) (Jacobsen, 2010). De har selv opplevd og erfart hvordan det er og kan si noe om sitt ståsted omkring temaet.

### 3.7.2 Pålitelighet/reliabilitet

Pålitelighet, også kjent som reliabilitet, handler om å anerkjenne faktorer som kan påvirke forskningen. Eksempelvis om metodene vi bruker har noe å si for resultatene, eller om intervjueren kan ha påvirkning på informantene. Innenfor kvantitativ forskning gjelder pålitelighet om i hvor stor grad en forsker kan finne tilsvarende resultater i andre studier på samme tema (Svartdal, 2020). Sagt med andre ord må jeg som forsker være så tydelig at en annen forsker kunne gjennomgått de samme prosessene og fått tilsvarende resultater. Hvis forskeren da får lignende resultater blir forskningen sett på med høy reliabilitet (Tripp, 2018). I kvalitative studier vil ikke dette være mulig fordi ulike forskere vil påvirke intervjusituasjonen forskjellig (Tanggaard og Brinkmann, 2015). Isteden snakkes det i kvalitativ forskning om transparens, som handler om at forsker skal vise til hvilke prosesser hen har gjennomgått, samt være åpen og reflektert rundt de metodene som er brukt (Lotz, 2003).

Noe som kan påvirke dataene er transkripsjonene, deriblant selve transkriberings- og analyseprosessen. Transkriberingen av intervjuene har forsøkt å inkludere så mye av lydopptakene som mulig, men ble etterhvert kortet ned da forsker fjernet «unødvendig» innhold. Dette *unødvendige* er i all åpenhet mine tolkninger av det som er unødvendig innhold som lyder (kremting, hosting, etc.) og repetisjoner. For andre kan dette være viktige elementer som sier noe om intervjuets troverdighet eller forskerens tolkninger av dataen.

En annen side ved transkripsjonene som bør avklares er mitt valg av vitenskapstilnærming. Da jeg valgte hermeneutikk gav det meg en frihet til å kunne tolke dataen basert på mine forkunnskaper og erfaringer på feltet. Dette har jeg forsøkt å være åpen og tydelig om tidligere i dette kapitlet.

Det kan også stilles spørsmål ved informantenes posisjon i denne forskningen. Da noen av informantene har særegne stillingstitler som er lettere gjenkjennelig kan det tenkes at noen av svarene har en mildere form enn hvis informantene ikke tilhørte institusjonen. Dette kan resultere i at informantene holdt igjen informasjon eller sa noe som kunne tilsvare sannheten i frykt for konsekvenser. Slik jeg reflekterer rundt dette har min tilnærming til det semistrukturerte intervjuet tillat at jeg kan stille spørsmål på ulike måter for å få frem ulike syn på et fenomen. På den måten har informantene hatt muligheten til å svare på samme eller lignende spørsmål flere ganger som gir ulike svar.

### 3.7.3 Overførbarhet/generalisering

I kvantitativ metode snakkes ofte om generaliserbarheten i forskningen, altså hvordan funnene kan gjelde større deler av eksempelvis samfunnet. I kvalitativ metode er dette sjeldent noe som kan generaliseres da forskningen gjelder et aspekt av et område (Skilbrei, 2019; Drageset og

Ellingsen, 2011). I denne studien ønsker jeg heller å snakke om forskningens overførbarhet.

Det kan være vanskelig å tenke på denne studien som noe som kan overføres direkte til et annet sykehus eller en annen institusjon da alle mennesker er ulike. Imidlertid kan slik forskningen tilby en forståelse som kan overføres til andre institusjoner (Skilbrei, 2019, s. 21). Forskningsprosjektet presenterer en tolkning av informantenes holdninger og kunnskap til tverrfaglig samarbeid, og vi får en forståelse av noens syn på musikkterapi. Den individuelle utsagn omkring temaene er ikke overførbar, men det kan godt tenkes at andre har liknende oppfatninger som informantene i denne studien.

Da selve funnene i denne studien ikke kan generaliseres ønsker jeg heller å tilby en bevisstgjøring omkring tverrfaglig samarbeid og musikkterapi. Eksempelvis kommer det frem ulike opplevelser av samarbeidet, samt hvilken kunnskap noen av informantene har om musikkterapi. Mer om dette i kapitlene *Resultat* og *Diskusjon*.

### 3.8 ETIKK

Å forske på mennesker innebærer å sette seg inn i enkeltindividers private/personlige meninger om noe (Jacobsen, 2010, s. 31). Derfor er det også viktig å drøfte etiske spørsmål i forskningen, både for å ivareta informantene og slik at forskningen sikrer en nødvendig kvalitet som kan videreføres eller tas i bruk. Forskningsetiske retningslinjer bør ligge til grunn gjennom hele forskningsprosjektet; fra planlegging til og med publisering (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021, s. 8). Å følge forskningsetikkloven bidrar til at studien holder en bestemt standard og følger anerkjente etiske normer (Prop. 158 L (2015-2016), s. 8).

Før prosjektstart meldte jeg inn prosjektet til Norsk Senter for Forschungsdata (NSD). Denne ble godkjent 27.07.2021, på bakgrunn av at personopplysninger er i tråd med personvernlovgivningene, samtykke fra informantene med informasjon om deres rettigheter, forskningens åpenhet, og at kun nødvendige opplysninger behandles og oppbevares sikkert (vedlegg e).

Informantene fikk tilsendt prosjektbeskrivelsen og samtykkeerklæringsskjema før intervjuet. *Informert samtykke* er ett av fire grunnleggende etiske prinsipper. I dette inngår prosjektets formål, samt informantenes rettigheter (Kvale og Brinkmann, 2015; de nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019a). Samtykkeerklæringsskjemaet ble signert før intervjuet startet. Samtidig fikk de også tilbud om en muntlig gjennomgang av samtykkeerklæringsskjemaet, samt mulighet til å stille spørsmål omkring forskningen.

Blant de andre grunnleggende prinsippene er *konfidensialitet*, *konsekvenser*, og *forskerens rolle*. Da sensitiv informasjon om informantene ikke var nødvendig i denne studien, anså jeg at deltakelsen hadde lav risiko. Det kan likevel diskuteres hvorvidt anonymiteten

vedlikeholdes da det bare er én idrettspedagog og én musikkterapeut ansatt ved institusjonen. Da disse to viste et engasjement ovenfor prosjektet og selv meldte sin interesse for å stille til intervju ser jeg på dette som en vurdering de har tatt selv, og derfor også vurdert deres anonymitet i den konteksten forskningen ble gjennomført.

Samtlige informanter ble informert om at de når som helst kunne trekke seg ut av studien, uten noen form for konsekvenser for forskningen eller av forskeren. Videre ønsker jeg også å formidle deres budskap på en respektfull måte slik at deres verdighet bevares. Å vurdere hva som er riktige tolkninger av intervjuene kan være et etisk dilemma, men jeg forholder meg til De nasjonale Forskningsetiske Komiteenes retningslinjer (2019) når jeg formidler deres utsagn om at «som forsker skal man etterstrebe at ens aktivitet har gode konsekvenser, og at mulige uheldige konsekvenser er akseptable».

## 4 Resultat

I dette kapittelet skal jeg presentere funnene i datamaterialet, hvor jeg skal prøve å besvare problemstillingen: *Hvordan beskriver informantene opplevelsen av det tverrfaglige samarbeidet med en musikkterapeut, og hvordan beskriver informantene musikkterapiens betydning for det tverrfaglige samarbeidet?* Funnene vil bli presentert i fire ulike temaer med noen underkategorier:

<b>Tanker om tverrfaglig samarbeid</b>	<b>Roller</b>	<b>Betydningen av tverrfaglig samarbeid</b>	<b>Tilrettelegging for tverrfaglig samarbeid</b>
<i>Holdninger til tverrfaglig samarbeid</i>	<i>Rolleforståelse</i>	<i>Betydningen av musikkterapi for pasientene</i>	
<i>Opplevelser av det tverrfaglige samarbeidet</i>	<i>Ledelse</i>	<i>Betydningen av musikkterapi for det tverrfaglige samarbeidet</i>	
<i>Styrker og svakheter i teamet</i>			
<i>Forbedringsforslag</i>			

Etter nøye gjennomgang av de ulike kategoriene i analyseprosessen resulterte dette i følgende fire temaer: «*Tanker om tverrfaglig samarbeid*», «*Roller*», «*Betydningen av tverrfaglig samarbeid*», og «*Tilrettelegging for tverrfaglig samarbeid*». Temaene representerer hovedinnholdet i kategoriene og blir lagt frem slik at vi først får en forståelse av informantenes tanker og opplevelser av det tverrfaglige samarbeidet. Dette er for å bedre kunne forstå hvordan de stiller seg til temaet. I dert følgende presenteres funn omkring styrker og svakheter ved det tverrfaglige samarbeidet, samt noen forslag til forbedringer, rolleforståelse og kunnskap om de ulike yrkesgruppene fagfelt. Jeg ønsker også å få frem hvilke tanker de andre profesjonene har om musikkterapi, altså hvilken betydning det har for det tverrfaglige samarbeidet samt pasientene. Avslutningsvis presenteres funn om hva informantene mener organisasjonen og ledelsen kan bidra med i det tverrfaglige samarbeidet.

Resultatene fra intervjuene vil bli presentert samlet slik at vi forholder oss til ett tema av gangen. Informantene vil bli henvist til som I1, I2 og I3.

Da samtlige informanter informerte om at de jobbet i flere team, ble de bedt om å tenke ut fra et helhetlig perspektiv. Dermed er ikke alle utsagnene relatert til ett team, men på tvers av de ulike teamene.

### 4.1 Tanker om tverrfaglig samarbeid



#### 4.1.1 Holdninger til tverrfaglig samarbeid

*«Vi er jo et fellesskap, så vi har jo litt ansvar for hverandre – gode å hjelpe hverandre for pasientens beste» (I3)*

I analysen har jeg funnet frem hvilke tanker informantene har om tverrfaglig samarbeid. Samtlige var enige i at det å jobbe tverrfaglig handler om å samarbeide med flere mennesker fra ulike fagfelt. Videre er de enige om at det er viktig å jobbe tverrfaglig, og legger til at dette er en faktor for å gjøre en god jobb. En informant sier følgende:

*I3: «Jeg er veldig positiv til det fordi jeg tenker at jeg kan lære mye av andre også og se ting fra andre perspektiver, og jeg er interessert i å på en måte lære mer i å [...] forstå mer»*

En annen informant legger til at det er viktig å bli kjent med hverandres kompetanser og faglige kapasiteter. Dette kan tenkes å være en viktig forutsetning for å kunne samarbeide om et felles mål, som en informant uttrykker følgende:

*I2: «det er jo hvordan alle kanskje drar og jobber litt i samme retning, og at vi da får til å dra i samme retning».*

Med flere som jobber sammen står man heller ikke alene i arbeidet en gjør.

*I3: «det handler jo om at alle i teamet eller gruppen har et ansvar»*

Jobber man alene, i motsetning til i et team, har man ikke samme mulighetene til å se pasientene fra ulike perspektiver, eller kanskje man ikke er oppmerksomme på ulike utfordringer eller muligheter. Behandlingen kan på den måten bli noe begrenset. En informant påpeker mulighetene det gir av å jobbe i team:

*I2: «det er jo det å være flere, at man liksom har noen å spille ball og diskutere med, og det er jo veldig lærerikt å få perspektiv fra andre og at andre også ser eller tenker på ting man ikke tenker på selv. Det er jo veldig mye sikkerhetsmekanisme i det [...] – flere som passer på at det blir skikkelig og forsvarlig»*

#### 4.1.2 Opplevelser av det tverrfaglige samarbeidet

I det følgende rettes fokuset på hvilke opplevelser de har av å jobbe i team, samt teamets styrker og svakheter. Her kommer det frem litt ulike opplevelser fra informantene, imidlertid er det enighet om de utfordringene som påpekes.

Intervjuer: *«Hvilke opplevelser har du av det tverrfaglige samarbeidet i det teamet du jobber i?»*

I1: *«Jeg synes generelt sett [...] at det fungerer rimelig bra. Det vil jeg si».*

En annen informant uttrykker at det varierer litt om samarbeidet fungerer godt eller ikke av flere grunner:

I2: *«Jeg synes jo det ofte kan variere litt [...]. Av og til litt personavhengig av hvem som er med i teamet [...] og kanskje hvor godt de kjenner til musikkterapi har noe å si for hvor mye jeg, kanskje, involveres i det tverrfaglige samarbeidet.».*

I3 legger til noe lignende og sier:

I3: *«Og kanskje de som viser større interesse for faget som jeg bedriver da, [...] som ser viktigheten og som er positive til fysisk aktivitet og hva det kan bidra med. Det er kanskje enklere å samarbeide tettere med dem».*

Et tettere samarbeid forutsetter at en er interessert i å forstå mer av andres fagfelt. Dette fremhever en av informantene som en viktig holdning i tverrfaglig samarbeid og legger til:

I1: *«Ja, hva er det en musikkterapeut kan bidra med? Sant, og hva kan idrettspedagogen bidra med? Hva kan psykologspesialisten bidra med? Sykepleieren?».*

Personlige egenskaper og holdninger til det å jobbe tverrfaglig ser ut til å være viktig for at samarbeidet skal fungere, men samtidig ligger det et ansvar hos den enkelte om å tørre å ta plass i teamet. En informant sier at hen selv også har et ansvar og legger til:

I3: *«Hvis jeg opplever at noen ting er vanskelig eller at et samarbeid er vanskelig så må jo jeg si ifra for at det skal kunne bli noe bedre».*

En annen informant påpeker også ansvaret en selv har for å inkluderes i samarbeidet og sier noe om hva som må til for at dette skal skje:

I2: *«Jeg merker jo selv at jeg har håp og forventninger om å bli inkludert av andre, men det med å bli inkludert kommer jo med et ansvar også. Man må jo 'step up' og bidra inn og gjøre en god jobb og innfri det som forventes [...] – innfri de forventningene som stilles til oss. Så det kommer jo med et ansvar».*

#### 4.1.3 Styrker og svakheter i teamet

*«Styrken er at vi er flere og at vi kan støtte oss på hverandre» (I1)*

Hva som er styrkene i teamet er det stor enighet om, der samtlige informanter fremhever bredden i kunnskapen. En informant sier:

I3: *«styrken er jo at man har forskjellige kompetanser så man kan lære av hverandre.».*

Andre faktorer som bidrar til et godt samarbeid er møtepunktene.

I1: *«... på grunn av møtestrukturen som vi har, som er lagt opp med miniteam – jeg synes det er veldig bra med de miniteamene vi har, hvor både pasienten og behandleren og jeg som koordinatoren får komme med, og utveksle: 'ja, hva er det vi skal gjøre?'»*

Samtidig påpeker hen at organiseringen omkring samarbeidsmøtene ikke er optimale og legger til:

I3: *«noen ganger så synes jeg at idrettspedagogen og musikkterapeuten, de får litt lite å si i de tverrfaglige møtene. Ja, altså de kommer litt lite til ordet.»*

De andre to informantene trekker frem samme utfordringene som I1, og legger til:

I2: *«En annen ting er jo hvis det blir faglig uenighet eller – det kan liksom være forskjellige måter å se ting på, at man ikke er enige.».*

I3: *«Svakheter nå er kanskje det der med en presset hverdag – tid. Faste møter går jo alltid, men når det er ting utenom de faste tingene, slik som miniteam – det er jo ikke*

*satt opp til noe faste tidspunkt. Det er sånn som blir bestemt fra uke til uke [...]. Så det å planlegge i god tid er jo en ting for å få sånne ting til å funke [...]. Så det handler jo om, ja, hvordan man organiserer det.»*

I tillegg kommer det også frem personavhengige faktorer som fører til at I2 og I3 opplever at de blir mindre inkludert i samarbeidet. En av dem uttrykker at hen opplever å føle seg litt alene i jobben hen gjør og legger til:

*I2: «på tverrfaglige møter så [...] har jeg ofte opplevd at det er veldig avhengig av hvem som leder møtet om, for eksempel musikkterapeut eller idrettspedagog, blir spurt eller får plass til å dele våre observasjoner eller si noe om hva vi jobber med i timene [...]. Det er liksom lite rom for å dele og få litt tilbakemeldinger på det vi synes er utfordrende [...]. Og jeg føler meg ofte litt sånn alene. Men andre ganger, så fungerer det godt.»*

Igjen kommer også tid frem som en faktor for hvorfor hen opplever å ikke bli inkludert i møtene. I2 informerer om at de har en sjekklister som skal gjennomgås på møtene, men at møteleder noen ganger glemmer eller ikke bruker lista. Videre legger hen til:

*I2: «Jeg vil si det funker, men det er jo også et ansvar, for eksempel på meg da, at jeg – det er jo liksom ikke bare å dele informasjon bare for å dele informasjon, det må jo være noe som er relevant.»*

I3 fremhever samme utfordringene, men legger også til følgende:

*I3: «Noen er flinke til å involvere alle [...], mens andre har kanskje bare et fokus på en ting».*

Videre legger hen til at hvorfor møteplanene ikke blir fulgt kan være på grunn av rullerende møteleder, og at de derfor aldri får satt seg helt inn i hva som skal gjennomgås på møtene.

En annen utfordring i det tverrfaglige samarbeidet er at noen alltid har den avgjørende rollen om hva som skal gjennomføres, samt at utfordringer ikke blir ordentlig tatt tak i:

*I1: «svakhetene kan være at det blir for behandlerstyrt. At behandlerne får liksom alltid det siste ordet [...]. Svakheter kan også være at vi snakker for lite om de ulikhetene vi har i de ulike tilnærmingene. For det er ikke alltid vi klarer å følge opp de tingene vi blir enige om.»*

Opplevelsen av det tverrfaglige samarbeidet i teamet er noe varierende. I1 uttrykker et godt samarbeid med sine kolleger og fremhever møtestrukturen som en viktig faktor. Samtidig uttrykker hen misnøye omkring *organiseringen* av selve møtene og at utfordringene ikke alltid blir tatt tak i. I2 og I3 fremhever *inkludering* som en utfordring på grunn av manglende kunnskap til deres fagfelt, interesse for å inkludere dem i samarbeidet, og at møteplanene ikke blir fulgt

#### 4.1.4 Forbedringsforslag

I intervjuene ble det også snakket om hva som skulle til for å få et bedre samarbeid. En informant fremhever viktigheten av å få frem alle i teamet, at det skal være plass til å komme med forslag og tanker omkring problemstillingene som oppstår. En annen informant påpeker kunnskap som en faktor:

I2: *«Det at man har god kunnskap om de andre deltakerne i teamet sin kompetanse»*

En informant sier det kunne vært hensiktsmessig å ha flere ting i fellesskap der man deltar på hverandres tilbud slik at andre får bedre kjennskap til hva musikkterapien kan tilby. En annen informant legger også til at musikkterapeuten selv ikke kan gjøre så mye for at samarbeidet skal bli bedre, men at det er mer som må til:

I1: *«Jeg tror [hen] som person kan ikke gjøre ting så annerledes. [Hen] er ikke en type som bryter seg frem her i livet. [Hen] er veldig forsiktig og en veldig dannet [person]. Så jeg tror, hvis det skal gjøres annerledes, så må også andre ta initiativ til det. Da må det løftes opp på et mer systemisk nivå.»*

I2 påpeker noe av det samme, men kommer også med noen tanker om hvorfor det oppleves slik det gjør:

I2: *«Jeg har en forventning eller et håp om at det kan bli enda bedre, men det er en del system eller strukturelle ting – jeg tror jo det er veldig preget av at musikkterapi blant annet er en veldig ung profesjon innenfor behandlingssystemene, og det [har] ikke noen overordnet systematisk måte å implementere det på i systemet eller i det tverrfaglige samarbeidet»*

## 4.2 Roller

### 4.2.1 Rolleforståelse

Kunnskap og forståelse av andre faggrupper ser ut til å være viktig i et tverrfaglig samarbeid. Dette gjør at en bedre kan forstå ulike roller og kompetanser i teamet, som resulterer i tettere samarbeid. I2 uttrykker følgende:

I2: «Det er jo for å kjenne til hverandre sine [...] styrker og svakheter og kunnskap. Hva hver enkelt kan bidra med [...], og da er jo det å ha kunnskap om hva de andre driver med veldig viktig.»

De blir spurt om hva slags kunnskap de har om de andre fagfeltene, der en informant svarer:

I1: «Har bare litt generelt. Jeg vet for lite hva en musikkterapeut kan bidra med. Jeg vet for lite hva en idrettspedagog kan bidra med. Jeg vet litt om hva en psykolog og psykiater bidrar med, men det er sikkert ikke nok.»

En annen informant uttrykker å ha noe kjennskap til andres roller fordi hen har tidligere erfaringer på feltet:

I2: «Jeg er jo ikke med i behandlersamtaler eller – en del slike ting, men jeg har jo jobbet som miljøpersonale tidligere så jeg føler jeg har en grei oversikt over hva slags typer oppgaver som ligger i det, men også at jeg får inntrykk av det [...] ut fra hva de deler på møter eller når vi snakker sammen ellers, eller bare hører på hva de andre behandlerne snakker om hvis de diskuterer pasientsaker eller.. i lunsjen eller i gangen eller hva det skal være.»

Dataen indikerer også at det er noe mindre kunnskap om musikkterapi blant informantene. En informant uttrykker dette slik:

I1: «Nei, jeg vet egentlig ikke så mye om musikkterapi, men jeg vet at det aktiverer mye hos pasientene.. og får frem kanskje en berøring som ord og samtale ikke får frem. Det vet jeg, men jeg vet ikke så mye om musikkterapi, nei. Jeg vet faktisk ikke det.»

Videre legger hen til et ønske om å lære mer:

I1: «*ja, kanskje forklart til oss hvordan [hen] jobber [...]. Metoder og hvordan [hen] jobber for å få kontakt [...]. Kanskje forklart noe mer. Hva er viktig her, på en måte, i tilnærmingen til pasienten. Det skulle jeg ha ønsket. Jeg vet ikke så mye om musikkterapi*»

Hen uttrykker en interesse av å forstå mer, og sier at flere fagfelt kunne fortalt mer om deres jobb på arbeidsplassen. En annen informant beskriver musikkterapien noe mer utfyllende:

I3: «*Jeg vet at det kan tilbys både individuelt og i gruppe, og at det har fokus på sånn mestring og tilfriskning, og at det er en arena hvor man kan få uttrykke seg på ulike måter. Ja, og det er bevist i forskning at det har god effekt. I hvert fall på psykoselidelser og depresjon, ja.*»

Hen legger til at hen ikke kan så mye om selve fagfeltet, men uttrykker at musikkterapeutens roller og tilnæringsmetoder er ganske lik ens egne roller. Dette har også betydning for hvordan samarbeidet oppleves mellom de to.

I3: «*Det tror jeg kan være at vi begge har på en måte nytte av hverandre og står litt i samme båt, at vi er litt alene som faggruppe og at tilbudene vi har har mål om det samme [...] – opptatt av gode opplevelser og mestring, og ja, ressurser og hva de kan få til [...]. Vi deler kontor, så vi har muligheten til å snakke med hverandre til enhver tid nesten.*»

I1 får spørsmål om hva som ville vært den optimale måten å samarbeidet med musikkterapeuten på. Her svarer hen at hen gjerne skulle forstått mer av hva hen driver med og at musikkterapeuten fikk mer plass i det tverrfaglige samarbeidet. En annen informant legger til at en av svakhetene med musikkterapi er at det kan være vanskelig å forstå hva det innebærer.

#### 4.2.2 Ledelse

På institusjonen skilles det, ifølge en informant, mellom behandlerne og de som jobber i miljøet, og det er behandlerne som er ansvarlig for at behandlingen er faglig forsvarlig. Behandlerne består av psykolog, psykiater og lege. En informant tydeliggjorde skillet mellom behandlerne og deres posisjon i samarbeidet:

I2: «De som er i teamet er liksom en eller to miljøpersonale og behandler, pluss eventuelt lege, men musikkterapeuten er liksom aldri i et team. [...] Da har dem musikkterapi i tillegg ved siden av. Det er ikke fullverdig i, eller del av behandlingsteamet sånn sett.»

Tidligere kom det frem at det kan bli for behandlerstyrt. Dette kan ses i sammenheng med informantenes tidligere utsagn om at noen får mindre plass i møtene enn andre, deriblant musikkterapeuten og idrettspedagogen. Samtidig er behandlerne veldig viktig for behandlingen, som en informant sier:

I1: «Du kan ikke drifte en enhet her hvis du ikke har behandlere».

Informanten legger også til at behandlerne har en lengre utdanning som gir dem en faglig tyngde, og at det er bra å ha noen som har litt mer ansvar så fremt de klarer å rådføre seg med andre. Hen legger ikke skjul på at det er hierarkisk oppbygd på institusjonen og at behandlerne plasseres øverst.

#### 4.3 Betydningen av tverrfaglig samarbeid

*«Tverrfaglighet gir en mulighet til å få et bedre helhetsbilde av pasienten» (I3)*

For pasientene har det tverrfaglige samarbeidet flere betydninger. En informant sier at pasientene kan se på behandlerne med ulike roller og at de kan brukes forskjellig. En annen informant legger til hva det tverrfaglige samarbeidet har å si for pasientene.

I3: «Jeg tror det er veldig viktig fordi da får pasienten muligheten til å på en måte gi et uttrykk for hele seg og ikke bare hvordan han eller henne fungerer innad i en avdeling eller i en beholdersamtale, men også på andre arenaer som kanskje er pasientens største ressurs. [...] eller hvor pasienten kan få uttrykke håp, glede, ja, mestring.»

I1 sier at et tverrfaglig samarbeid er en berikelse for teamet, pasienten og pårørende, og supplerer:

I1: «Hvis pasienten bare skulle hatt ett menneske å forholde seg til ville det jo bli veldig ensporet behandling, tenker jeg. [...] De har mye mer å spille på og by på enn bare



*sykdom og plager. [...] Ja, og jeg tenker det er en berikelse både for teamet, men mest også for pasienten og pårørende.»*

I1 fremhever samtidig viktigheten av å ha kunnskap og kompetanse på området slik at en kan bruke seg selv i arbeidet en gjør. En må ha det faglige blikket. I3 legger også til at tverrfaglig samarbeid gjør det mulig å se hvordan en pasient fungerer i ulike miljøer og legger til:

*I3: «For da kan man jo sette inn ressurser eller jobbe mer med de på områder hvor man ser at utfordringene kommer frem».*

#### 4.3.1 Betydningen av musikkterapi for pasientene

Musikkterapiens plass i behandling av pasientene anses å ha stor betydning ifølge informantene. Dataen indikerer sterk tro på at musikkterapi er viktig for pasientene der en informant uttrykker følgende:

*I1: «Jeg tror det kan hjelpe pasienten til å få et bedre liv. Faktisk. Ja, få dem i gang. Få livsmot og livslyst tilbake. Ja, og tørre å kjenne på følelser og tanker.»*

Videre sier hen at musikkterapien gir en mulighet til å hente opp igjen tidligere kunnskap, kjenne på mestringsfølelsen, samt motvirker 'død-gjøringen' av seg selv:

*I1: «Kan få frem interessen og engasjementet og gleden, og livslysten som kan være en veldig motvekt mot – hva skal jeg kalle det – selvødeleggende krefter.»*

En annen informant sier at det for noen kan være noe av det beste med hele innleggelsen, mens for andre er det et godt avbrekk eller avledning som gir pasienten mulighet til å fokusere på andre ting enn sykdommen. Videre legger hen til:

*I2: «og så tror jeg for noen, så er det godt å komme [til musikkterapien] og oppleve at de får til noe. At her er det i hvert fall noe som fungerer. Her kan jeg liksom gjøre noe jeg får til sammen med noen andre»*

Hen sier også noe om forskning på musikkterapi:

I2: «ja, det viktigste er [...] dokumentert effekt, spesielt det der med negative symptomer, der det er få andre behandlingstiltak som har vist seg å ha så stor effekt på negative symptomer som psykoselidelser.. Der musikkterapi har god dokumentert effekt og anbefalt.»

#### 4.3.2 Betydningen av musikkterapi for det tverrfaglige samarbeidet

Hvilken betydning musikkterapi har for det tverrfaglige samarbeidet omhandler, ifølge informantene, informasjon musikkterapeuten kan komme med omkring pasientene. En informant sier følgende om hva musikkterapeuten kan bringe inn i teamet:

I3: «Det er jo det at man opplever pasienten på andre arenaer, alene eller sammen, hvordan fungeringen er [...] sosialt også på en måte [...]. Hvilke valg tar pasienten når han eller hun velger en låt. Det kan jo ha noe å si for hvor man er i sykdommen for eksempel. I hvor kritisk man er til valgene man tar og da kunne bidra med det inn i teamet.»

En annen informant trekker også frem musikkterapeutens observasjoner, men legger vekt på pasientens sosiale fungering samt musikkens terapeutiske effekt:

I2: «det ene er liksom den typen, kanskje observasjoner [en] kan gjøre med hvordan pasienten fungerer i den settingen her, eller i gruppe, hvordan de liksom deltar sosialt, hvordan de bruker musikk [...] Annen relevant kunnskap er vel også hvordan pasientene kan bruke musikk som en mestringsstrategi eller hvordan det kan fungere helsefremmende for dem»

Videre legger informanten til hvordan musikkterapi kan ha betydning for hele behandlingen:

I2: «det er jo en del studier som (viser) at musikkterapi har noe å si for behandlingsmotivasjon [...]. At for eksempel, ja – Jeg tror jo – det er jo litt sånn gjensidig at alle typer behandlinger som støtter opp om, bidrar til at pasienten eller brukeren kommer inn i en sånn prosess der de jobber med seg selv, at det er gjensidig støttet om hverandre. At de [...] har et fokus eller en forståelse som de tar med seg inn i de forskjellige situasjonene på settingen de er i, mens de er i behandling.»

En annen informant beskriver et behandlingsforløp hvor bare musikkterapeuten kunne forstå pasienten, og der musikkterapeutens kunnskap om pasientens yrke påvirket hvilket fokus behandlingen fikk:

I1: *«pasienten var interessert, eller var utdannet innenfor musikk og forklarte litt forskjellen på vanlig sånn klassisk slagverk og ikke, liksom. Det var faktisk en ganske viktig opplysning, for det handler litt om pasienten er motivert til å gå tilbake til jobb eller ikke [...]. Og da skjønnte jeg at det her er faktisk forhold i pasienten sitt arbeidsforhold som er så pass vanskelig at det gir ikke noe motivasjon for å komme tilbake i arbeidslivet, og det forklarte musikkterapeuten. Og det var kunnskap som jeg tenkte kun en musikkterapeut kunne hatt. For å forstå. Og sånt hadde vært litt viktig for å få inn [...] – skal vi jobbe mot at pasienten skal tilbake i jobb eller skal vi jobbe mot at pasienten faktisk nå begynner å tenke å gå ut av arbeidslivet?»*

#### 4.4 Tilrettelegging for tverrfaglig samarbeid

Som informantene har uttrykt er det en del utfordringer ved det tverrfaglige samarbeidet. Dette kommer av at noen ikke viser nok interesse for eller har for lite kunnskap om andres fagfelt. Videre resulterer det i et dårligere samarbeid med musikkterapeuten (og idrettspedagogen), samt gjør rolle- og kompetanseforståelsen i teamet utydelig. En informant uttrykker følgende om tilretteleggingen for samarbeid på institusjonen:

I1: *«jeg synes jeg samarbeider bra, jeg synes jo det, men om organiseringen rundt det tverrfaglige samarbeidet er det beste, nei, det tror jeg ikke.»*

En informant påpeker en faktor som spiller inn på samarbeidet:

I2: *«Jeg tror – i hvert fall når det kommer til musikkterapi – det er veldig viktig at det gjøres forskjell på mer sånn systematisk – implementere eller sikre, ja, litt sånn roller og ansvar i det tverrfaglige samarbeidet.»*

Dette påvirker også hvordan en blir inkludert i teamet. Videre legger informantene til at det er en del lederansvar og at ledelsen må jobbe mer med hvordan andre og nye faggrupper inkluderes i det tverrfaglige samarbeidet. De må ha et tettere samarbeid med ledelsen om implementeringsprosessen.

I2: «... som musikkterapeut så kommer man kanskje ofte og må finne ut av ting litt selv, eller man er – jeg tror ofte jeg har kjent på det; ‘hva slags typer krav eller forventninger kan jeg stille til de andre?’, [...] ‘hvordan skal jeg bli inkludert?’, eller ‘hvordan skal jeg klare å inkludere meg selv i det?’.

Intervjuer: «Hva er det som skal til da for at du får en avklaring på det?»

I2: «jeg tror jo godt samarbeid med leder og.. at.. ja, at det liksom er noen som hjelper til kanskje og holder i den prosessen med å få ting implementert eller til å fungere på en god måte.»

I tillegg legger informanten til at andre, mer etablerte stillinger har en tydeligere rolle og forventning til deres oppgaver, men for musikkterapeuten er det ikke tilfellet:

I2: «det er veldig systematisert hva de skal gjøre og kartlegge med hver pasient i løpet av en innleggelse.. men der er jo ikke musikkterapeutene på samme måte».

Det er enighet omkring disse utfordringene. En annen informant sier følgende:

I1: «Jeg tror det må løftes litt mer opp på systemnivå og så gå gjennom alle foraene hvor vi møtes, og det vet jeg jo at det jobbes litt med nå, blant annet de mandagsmøtene, at de må bli litt annerledes i form og stil. Og da tenker jeg at da må også musikkterapeuten få sin plass der.»

#### 4.5 Kort oppsummering av funnene i datamaterialet

Samtlige informanter er positive til tverrfaglig samarbeid, men opplevelsene av samarbeidet er noe varierende der noen føler seg mindre inkludert på grunn av tid og personavhengige faktorer påvirker samspillet. Resultatene indikerer også at rolleforståelse og kunnskap om de ulike behandlingstilnærmingene er viktig for et godt samarbeid, men musikkterapiens muligheter er det noe mindre kunnskap om. De ulike rollene er viktige på hver sin måte i det totale samspillet, men den hierarkiske oppbyggingen plasserer behandlerne øverst i systemet. Det gis også uttrykk for behov for bedre tverrfaglige møter, noe som indikerer behov for mer kompetanse når det gjelder gjennomføring av møter.

Det er enighet om samarbeidets betydning og der delt kunnskap og kompetansebredde dekker et større felt og der ressurser kan settes inn etter behov. Musikkterapien dekker et behov hvor pasienter kan oppleve mestring, uttrykke seg gjennom musikken, samt bli sett på ulike

arenaer. Det er imidlertid behov for mer støtte fra ledelsen om musikkterapeutens rolle og ansvarsoppgaver i teamet.

## 5 Diskusjon

Målet med denne studien var å besvare forskningsspørsmålet «*Hvordan beskriver informantene det tverrfaglige samarbeidet med en musikkterapeut, og hvordan beskriver informantene musikkterapiens betydning for det tverrfaglige samarbeidet?*». Jeg vil diskutere funnene mine opp mot forskning og teori på tverrfaglig samarbeid, presentert i kapittel to. Diskusjonen vil bli presentert under tre underoverskrifter: ‘*Opplevelsen og betydningen av det tverrfaglige samarbeidet*’, ‘*forutsetninger for godt samarbeid*’ og ‘*betydningen av musikkterapi for det tverrfaglige teamet og pasientene*’.

Jeg kommer til å reflektere noe omkring funnene i datamaterialet mitt, og se dette i lys av teori og forskning.

### 5.1 Opplevelsen og betydningen av det tverrfaglige samarbeidet

Samtlige informanter uttrykker seg positive til å jobbe tverrfaglig og mener det er en viktig forutsetning for å gjøre en god jobb. Fordelene er at de kan lære av hverandre, dekke et bredere kunnskapsfelt og ressurser kan settes inn etter behov. Samtidig blir ansvaret fordelt på hele teamet om den behandlingen som gis. En må også «*innfri de forventningene som stilles*» (I2) for å bli inkludert i samarbeidet og for at det tverrfaglige behandlingstilbudet skal være til nytte for pasienten. Dette kan tenkes å være selvforklarende da teamet jobber om et felles mål, nemlig pasientens bedring. Imidlertid oppfattes det utfordrende å innfri de forventningene når ens egne ansvarsoppgaver er utydelige, slik en informant sier: «*det er veldig systematisert hva de [andre helsearbeiderne] skal gjøre og kartlegge med hver pasient i løpet av en innleggelse.. men der er jo ikke musikkterapeutene på samme måte*» (I2). Dette mener jeg gir en tydelig indikasjon på at musikkterapeuter ikke har noen klar stillingsbeskrivelse å forholde seg til sammenliknet med øvrige helsepersonell. Ifølge Cameron et. als. (2013) oversiktsartikkel har ledelsen en viktig rolle når det gjelder tydeliggjøring av ansvarsoppgaver i team. Ledelsen kan bidra til tydeliggjøring av den enkelte utøvers roller i teamet, samt tydeligere målsettinger. Dette gjør at en også føler seg tryggere i det arbeidet en gjør. Tydeliggjøring er, som Gregory et.al. (2021) påpeker, en viktig faktor for godt tverrfaglig samarbeid.

På en annen side kan det tenkes at musikkterapeuter jobber ut fra egne målsettinger i samarbeid med pasientene. Dette krever god kommunikasjon i teamet om hva musikkterapeuten jobber med. Den tverrfaglige kommunikasjonen, som IPEC (2016) fremstiller som en kompetanse, handler om nettopp det å forklare hvordan en praktiserer sine metoder og formidler sin kunnskap, samt å forhindre konflikter i teamet (IPEC, 2016; Iversen og Hauksdottir, 2020). Igjen forutsetter dette at det er rom for at musikkterapeuten kan dele

slik informasjon, noe som ikke er tilfellet ifølge en informant som sier at «... *idrettspedagogen og musikkterapeuten [...] kommer litt lite til ordet.*» (I1).

Dette bygger også opp under kompetansen IPEC (2016) beskriver som *rolle/rolleforståelse*, som omhandler nettopp det å ha kunnskap om og forståelse av roller, samt bevissthet om andres begrensninger. En slik bevisstgjøring resulterer i at en bedre kan verdsette teammedlemmenes kompetanse (MacDonald et.al., 2009), samt forebygge konflikter (Ødegård, 2021, s. 121; Cameron, et.al., 2013). Kommunikasjon, deling av kunnskap og felles avklarte mål knyttes til bedre behandling, pasientopphold og resultater (Manser, 2009).

Inkludering av alle teammedlemmer i de tverrfaglige møtene oppleves også noe varierende, hvor en informant sier at «*noen er flinke til å involvere alle [...], mens andre har kanskje bare et fokus på en ting*» (I3). Møtene er viktige for det tverrfaglige samarbeidet (Bokhour, 2006), men det kommer frem at møteplanen ikke alltid blir fulgt og at det er for liten tid til å gjennomgå alt. Det argumenteres for at møteleder aldri får satt seg inn i rollen da det ofte varierer hvem som leder møtene. Utenom manglende kunnskap om rolle- og kompetanseforståelsen av de ulike teammedlemmene kan det tenkes at tidsprioriteringen ofte blir skjevfordelt på grunn av manglende kompetanse på lederskap, lite interesse for andres fagfelt, eller kanskje den enkelte må bli flinkere til å si ifra. Den manglende interessen for musikkterapien stemmer også overens med mine erfaringer hvor jeg opplevde å være et «eksternt» tilbud på avdelingen. Enten det var på sykehjemmet hvor helsefagarbeiderne «tok seg fri» eller behandlere som avtalte andre aktiviteter med pasientene da jeg skulle lede musikktimene på DPS-et.

Som noen av informantene påpeker er det viktig at en også tar ansvar selv og sier ifra om de utfordringene som oppstår. Imidlertid kan det diskuteres hva som er ens eget og hva som er teamets eller institusjonens ansvar for å bli inkludert i samarbeidet eller det tverrfaglige behandlingstilbudet. Som Kielland, Solli og Trondalen (2020) skriver i etableringshåndboken for musikkterapeuter innen rus og psykisk helsevern, er sentrale lederoppgaver å bistå musikkterapeutene å «*gi arbeidet faglig tilhørighet og status ved å inkludere musikkterapeutene i eksempelvis fagdager og utviklingsarbeid av oppgaver, som gjelder hele enheten*» (Kielland, Solli og Trondalen (2020, s. 26). Dette mener jeg er en tydelig indikasjon på at ansvaret ikke bare ligger hos den enkelte i teamet, men også ledelsen må bistå i prosessene.

Behandlerne, som i denne konteksten er psykologen, psykiateren og legen, er faglig ansvarlig for behandlingen som gis. Dette indikerer et skille mellom behandlerne og det øvrige helsepersonalet, og kan forstås som et hierarkisk system hvor noen har mer innflytelse på behandlingsforløpet enn andre (Svabø, Bergland og Hæreid, 2000). Svakheter ved slik maktfordeling er, ifølge informantene, at det kan bli «*for behandlerstyrt*», og at det snakkes

«for lite om de ulikhetene vi har i de ulike tilnærmingene» (I1). Skjevfordelt makt er imidlertid ikke nødvendigvis et resultat av dårlig koordinering og administrering. Derimot kan dette bidra til økt rolleforståelse og tydeligere ansvarsavklaring som resultat av klarere rammer (Morgan, udat.). Det er imidlertid viktig at det bevisstgjøres hvilken makt ledelsen har på teamet og samarbeidets kvalitet.

Møter er en viktig del av det tverrfaglige samarbeidet og tilrettelegger for deling av informasjon, diskusjon rundt problemstillinger, samt beslutningsprosesser om behandlingsforløpet med den hensikt å gi pasienten best mulig behandling (Bokhour, 2006). Dette avhenger av å ha en god leder eller ordstyrer som bidrar til økt samarbeid og er åpen for ulike perspektiver (Bokhour, 2006; Engwall, 2016). Møteleder strukturerer og koordinerer møtene (van der Haar, et.al., 2017) og må være lyttende og interessert, samt motivere til god samarbeidskultur (Olsen, 2016). Manglende kompetanse i møteledelse kan få kritiske følger da god ledelse er viktig for å oppnå gode resultater, skape god arbeidsdynamikk, og forebygge konflikter (Cameron, et.al., 2013; Garrouste-Orgeas, Flaatten og Moreno, 2016). Det kan diskuteres hvorvidt en institusjonsleder og en utvalgt møteleder kan stilles de samme forventningene til kompetanse. Derimot er det viktig at en selv tar ansvar for å bli hørt og informere om de utfordringene en opplever, slik en informant påpeker: «Hvis jeg opplever at noen ting er vanskelig eller at et samarbeid er vanskelig, så må jo jeg si ifra for at det skal kunne bli noe bedre». Informanten fremhever også fellesskapet og ansvaret de har ovenfor hverandre, noe som henger godt sammen med det felles ansvaret for å gjennomføre gode møter (Dahl og Aasmundtveit, 2019).

Bredden i kunnskapen er noe informantene mener styrker det tverrfaglige samarbeidet. En faktor er at det delte ansvaret sørger for at det er «flere som passer på at det blir skikkelig og forsvarlig» (I2). En annen positiv side ved å jobbe flere sammen er muligheten til «å spille ball og diskutere» (I2) ulike problemstillinger. Dette gir en trygghet både for personalgruppa og pasientene, og der pasientene blir møtt på best mulig måte (Manser, 2009). Jeg mener dette er noe av det mest sentrale av å jobbe flere sammen om et felles mål. Jeg ønsker igjen å bruke en band-metafor for å illustrere dette: En musiker som spiller inn en låt med full besetning (tromme, bass, gitar, vokal, piano) måtte hatt mange års erfaring for å oppnå gode resultater, tatt i betraktning begrenset tid og ressurser. Derimot ville en spesialist kunne utøve sitt instrument ganske mye mer produktivt, og resultatet ville muligens hatt høyere kvalitet. Med andre ord har en psykolog mer kunnskap om eksempelvis samtaleteknikker, mens en musikkterapeut ville stilt sterkere med tanke på pasientens muligheter til å uttrykke seg gjennom låtskriving, produksjon, lytting eller instrumentutøvelse. De dekker ulike behov hvor de kan diskutere forskjellige tilnærminger og aspekter av pasientens indre opplevelser, og de kan samhandle om hva som er beste behandlingsforløpet for pasienten (Bokhour, 2006; Busari, Moll og Duits, 2017).



De ulike tilnærmingene gir, som Ansa et.al. (2020) påpeker, et mer helhetlig bilde av pasienten. Et tettere samarbeid (eksempelvis tverrfaglig eller fellesfaglig (Twyford, 2016)) gir en bedre forståelse av de ulike fagprofesjonenes kunnskap og kompetanser, samt bevisstgjør sine egne begrensninger for hva en kan utøve. Kvaliteten i behandlingen og jobbprestasjonen øker, bedrer jobbtildfredshet, forhindrer utmattelse, samt reduserer økonomiske kostnader (Frenk et.al., 2010; Bakke, et.al., 2021)

## 5.2 Forutsetninger for godt samarbeid

Å jobbe tverrfaglig åpner opp for muligheten til å diskutere og reflektere sammen om problemstillinger, sørger for bedre koordinering av og kvalitet i behandlingen, samt gir tilgang til flere ressurser pasientene kan benytte seg av (Forsetlund, et.al, 2019). Samtidig er det, som en informant sier, viktig at teamet er kjent med hverandres kompetanser og faglige kapasiteter. Dette handler om nettopp «... hvordan alle [...] drar og jobber litt i samme retning» (I2). Likevel kommer det frem manglende kunnskap om hva de ulike teammedlemmene kan bidra med. Imidlertid uttrykker en informant interessen av å få mer kunnskap om fagprofesjonene med et ønske om undervisning på arbeidsplassen. Å forstå hva som er kompetansen til de ulike disiplinene mener jeg er en viktig forutsetning for at samarbeidet skal kunne optimaliseres. Om en musiker – eller profesjonsutøver – ikke vet at pianisten er trent innenfor klassisk musikk, kan det skape stor frustrasjon når bandet spiller blues. Pianisten kan ha grunnleggende ferdigheter på instrumentet (teknikk og teoriforståelse), men manglende kompetansen innenfor andre sjangrer. På samme måte kan en psykolog ha kompetanse på eksempelvis eksponeringsterapi, men ikke psykoterapi. Å vite hvilke kompetanser den enkelte profesjon stiller med gjør det enklere å vite hvilke ressurser som kan settes inn etter behov. Denne forståelsen kan også forhindre at konflikter oppstår i teamet da en vet hvilke forventninger og krav en kan stille til sine kolleger (Svabø, Bergland og Hæreid, 2000; Iversen og Hauksdottir, 2020).

Som jeg nevnte innledningsvis er det å definere sin egen fagdisiplin innenfor det feltet en praktiserer sin kunnskap og sine ferdigheter på, en måte å tydeliggjøre sitt arbeid (Ruud, 2017). Her påpeker en informant at nettopp en av svakhetene med musikkterapi «er jo kanskje det at det kan være vanskelig å forstå hva musikkterapi er» (I2). Ruud (2017) sier at definisjoner er slik at utenforstående skal kunne forstå hva musikkterapi innebærer og å forklare hva en gjør. Følgende definerer også Bruscia (2014) musikkterapi som en transfaglig disiplin bestående av musikk og terapi. Slik sett kan det også være enklere å forstå hvorfor musikkterapeuten til tider føler at hen ikke blir inkludert i teamene i den grad hen ønsker. Musikkterapi omhandler både kunst, og helse, som på sin side består av mange underdisipliner,

eksempelvis medisin, psykologi, biologi, etc. På en annen side kan musikkterapi forstås som et bindeledd mellom kunst som en arena hvor en kan gi uttrykk for sitt indre, og terapien som helse og utvikling. Ut ifra dette kan det gi mening når en informant sier «*Jeg vet for lite hva en musikkterapeut kan bidra med*» (I1) eller «*jeg kan ikke så mye om liksom selve fagfeltet musikkterapi*» (I2)

For at forståelsen av de ulike behandlingstilbudene skal læres er det også viktig at institusjonen tilrettelegger for slik undervisning. Dette er en av kompetansene IPEC (2016) omtaler som *team/teamsamarbeid*, hvor organisasjonen legger til rette for økt samarbeid, samt refleksjon rundt likheter og ulikheter i teamet. Denne kunnskapen vil også kunne redusere følelsen av å jobbe alene (Twyford, 2016; Twyford og Watson, 2008), slik en informant gir uttrykk for: «... *jeg føler meg ofte litt sånn alene.*» (I2).

Ledelsen spiller også en viktig rolle i tilretteleggingen for og utviklingen av samarbeidsferdigheter (Husebø, Ballangrud og Dieckmann 2021). Et godt psykososialt arbeidsmiljø reduserer psykisk stress og utmattelse, samt øker arbeidsmotivasjon og tilhørigheten til arbeidsplassen (Bakke et.al., 2021; Manser, 2009).

### 5.3 Betydningen av musikkterapi for det tverrfaglige teamet og pasientene

Informantene fremstår samstemte i synet på tverrfaglig samarbeid der det blant annet er enighet omkring viktigheten av å ha kunnskap om hverandres kompetanser. Andre fordeler ved tverrfaglig samarbeid er at pasienten får «*muligheten til å på en måte gi et uttrykk for hele seg*» (I3). En informant uttrykker musikkterapiens muligheter til å gi pasienten et bedre liv, samt bevisstgjøre følelsene hos pasientene. Dette anser jeg som viktig kunnskap å ha om musikkterapi, spesielt innen psykisk helsevern da apati – altså lite kontakt med egne følelser og/eller manglende følelsesuttrykk – kan være utfordrende for mange med psykiske lidelser. En annen informant sier musikkterapien øker motivasjonen for behandling. Dette tenker jeg er noe som kan bidra til at behandlingstilbudet får økt effekt, og som bygger opp under pasientens håp og tro om at noe kan bli bedre. Dette samsvarer med studien til O’Kelly og Koffmann (2007), hvor noen av informantene mente deres egne fagdisipliner fikk økt betydning. Håp er, ifølge Hellman (2021), en forutsetning for motivasjon og gir et positivt syn på fremtiden. Vi sier vi har et håp om å bestå en prøve, vi har et håp om å rekke transporten, eller vi har håp om en bedre hverdag. Dette kan anses å være en måte å anerkjenne de positive, heller enn de negative sidene ved en situasjon eller en person (Hellman, 2021), og samsvarer med musikkterapiens ressursorienterte fokus (Solli, 2012).

Når det gjelder musikkterapiens betydning for det tverrfaglige samarbeidet, omhandler dette, ifølge informantene, i hovedsak informasjon om hvordan pasientene oppleves i ulike

settinger. Musikkterapien presenterer et annet perspektiv i det tverrfaglige samarbeidet hvor musikkterapeuten kan komme med sine observasjoner og meninger om pasientens fungering. Dette bygger også opp under det tverrfaglige samarbeidets formål med å se hele pasienten (Agdesteen, 2020). Musikkterapi gir også mulighet for nonverbal samhandling hvor verbal kommunikasjon er utfordrende. Dette åpner for at en kan utforske følelser og utvikle kommunikative ferdigheter (Shuman et.al., 2016).

Funnene som her har blitt kontekstualisert viser hvordan opplevelsene i teamet kan ses på fra et teoretisk perspektiv. Blant annet hvordan manglende kunnskap om andre fag og profesjoner kan bidra til manglende inkludering i team, hvilken betydning ledelsen har for samarbeidet, samt noen faktorer som bør ligge til grunn for å løse opp i de utfordringene som blir nevnt.

Artikkelen av Choi fra 1997 påpekte psykiaternes syn på musikkterapien som mindre viktig da de ikke hadde noen effekt på psykiske lidelser. I min studie indikerer funnene en litt annen holdning til musikkterapien, noe som kan tyde på at musikkterapiens plass eller funksjon innen psykisk helsevern har blitt noe forbedret. Der en informant uttrykker at pasientene kan få et bedre liv, anser jeg dette som en stor kontrast til Chois artikkel hvor musikkterapien ikke har noen funksjon annet enn på trening av sosiale ferdigheter og tilrettelegging for gledesopplevelser (Choi, 1997). Forklaringen på hvorfor dette er tilfellet kan diskuteres, men det vil være vanskelig å si noe om hva som er konkrete årsaker til de delte meningene da synet på musikkterapi kan være personlige eller avhenge av den enkeltes forhold til egen disiplin. Jeg ønsker imidlertid å argumentere for at dette kan ses i lys av Bruscias definisjon av musikkterapi hvor han sier at musikkterapien bygger på teori og forskning (Bruscia, 2014). Da det siden 1997 har kommet langt flere artikler om musikkterapi er det mye som har styrket musikkterapi som fag og profesjon, og dermed også hvordan det blir møtt av utenforstående. Følgende kan det igjen diskuteres hvorfor musikkterapien enda ikke har fått den anerkjennelsen som gjør det til et «fullverdig behandlingstilbud» som en informant sier. Denne diskusjonen er imidlertid utenfor mitt valg av forskningsfelt, men kan være med å underbygge argumentasjonen for at musikkterapi bør bli mer inkludert i tverrfaglige behandlingstilbud.

Imidlertid samsvarer funnene fra mine intervjuer på et annet punkt hvor en informant sier at behandlingen støtter opp om hverandre. Dette blir også belyst i O'Kelly og Koffmanns intervjustudie fra 2007 der de allierte helsearbeiderne mente musikkterapien bidro til økt motivasjon innen deres disiplin. Tilsvarende resultater antydes i Wu et.al. studie fra 2019, der gruppemusikkterapien økte motivasjon for behandling.

Det kan også diskuteres hvorvidt informantenes utsagn om musikkterapien er sammenliknbare med de studiene som ble henvist til i teori-kapittelet da informantene fra de ulike studiene har ulike stillingstitler. Der idrettspedagogen informerte om deres

ressursorienterte fokus og recovery-perspektivet, kan det tenkes at det er større forutsetninger for bedre samarbeid med musikkterapeuten da de jobber ut fra felles verdigrunnlag. Felles verdigrunnlag sies å være en viktig faktor for godt samarbeid, (Fjeldstad et.al., 2012; IPEC, 2016; Houldsworth, 2018), samt forhindrer konflikter (Aunger et.al., 2021; Iversen og Hauksdottir, 2020). Dette er ikke å kritisere deres samarbeid, men fremhever noen av årsakene til det tette samarbeidet, samt understreker at felles verdigrunnlag styrker tverrfaglig samarbeid.

## 6 Avslutning

I innledningen introduserte jeg et eksempel på samarbeid i et band, der hver utøver bidrar med sin kunnskap og kompetanse inn i prosessen med å utvikle det endelige resultatet. Resultatet endte med jubel og skrik fra publikum i salen. Overfører vi dette samspillet til samarbeidet mellom helseutøvere på en institusjon er målet at hver disiplin utfyller hverandre i den hensikt å kunne hjelpe pasientene oppnå bedre helse. I teorikapitlet har vi gjennomgått noen viktige faktorer som bør ligge til grunn for at samarbeidet skal fungere optimalt. Jeg har utdypet begrepet tverrfaglig samarbeid og belyst relevante aspekter av dette, og kommet frem til følgende konklusjon.

Denne forskningen ønsker å besvare følgende problemstilling: *Hvordan beskriver informantene opplevelsen av det tverrfaglige samarbeidet med en musikkterapeut, og hvordan beskriver informantene musikkterapiens betydning for det tverrfaglige samarbeidet?*

Resultatene fra datanalysen viser at informantene har positive holdninger til å jobbe tverrfaglig. Samtlige trakk fram breddekunnskapen og mulighetene til å sette inn ressurser etter behov som de viktigste fordelene ved å jobbe sammen om et felles mål. Informantene uttrykker imidlertid ulike opplevelser av selve samarbeidet der noen mener samarbeidet fungerer bra, mens andre føler seg noe mindre inkludert i samarbeidsmøtene. Derimot er det enighet omkring organiseringen av møtene der lite tid blir sett på som en viktig årsak til at noen føler de ikke får muligheten til å dele sine tanker og meninger eller drøfte ulike problemstillinger. En annen faktor som bidrar til mindre inkludering i møtene baseres på personavhengige ferdigheter hos møtelederen.

Fra analysen fremkommer det også noe variert hva informantene vet om musikkterapi. Blant annet uttrykker en informant at hen «*vet for lite hva en musikkterapeut kan bidra med*» (I1). Dette kan tyde på manglende kunnskap om andre profesjoners kompetanse. Jeg argumenterer for at manglende rolleforståelse kan være en årsak til at noen føler seg litt alene i den jobben de gjør, som noen av informantene uttrykker.

Resultatene fra dataanalysen viser også et ønske om at ledelsen bidrar mer i implementeringen og inkluderingen av musikkterapien, noe som får støtte fra teori på organisasjon og ledelse. En forutsetning for at musikkterapeuten skal kunne bli mer inkludert i samarbeidet og den helhetlige behandlingen innebærer tydeligere rammer. Som en informant fremhever, må det «*løftes opp på et mer systemisk nivå*» (I1) der ledelsen bidrar inn i implementeringsprosessene for å sikre tydeligere roller og ansvarsoppgaver i det tverrfaglige samarbeidet.

For musikkterapiprofesjonen kan tverrfaglig samarbeid bedre forståelsen av disiplinen innen psykisk helsevern gjennom økt rolleforståelse, aksept og samhandling. En slik

tydeliggjøring kan også bidra til at musikkterapien kan få større plass i det tverrfaglige teamet og bli ansett som en del av behandlingstilbudet på institusjonen.

Det er interessant å se hva informantene sier om det tverrfaglige samarbeidet og det er spennende å få en bedre forståelse av hvorfor samarbeidet oppleves slik det gjør. Samtidig er det, etter hva jeg har klart å finne av studier på tverrfaglig samarbeid, lite forskning som belyser det tverrfaglige samarbeidet med en musikkterapeut. Enda færre er det av studier som tar for seg tverrfaglig samarbeid, musikkterapi og psykisk helsevern. Jeg ønsker derfor å foreslå flere studier av liknende karakter, som tar for seg samarbeidet mellom musikkterapeuter og andre yrkesgrupper, og gjerne med et større omfang av informanter. For eksempel ville det vært verdifull kunnskap å se på hvordan samarbeid praktiseres, samt hvilke effekter dette har for pasientenes behandlingsforløp.

Tverrfaglig samarbeid bidrar til å kvalitetssikre behandlingen. Det kan også bidra til bedre forståelse av ulike yrkesgrupper i teamet. I denne studien har jeg blant annet rettet fokuset mot roller og rolleforståelse. Et annet perspektiv kunne være å sett på hvordan ulike metoder og verdisyn kan påvirke et samarbeid; hvilke som er felles med andre fagprofesjoner; samt hvilke konsekvenser dette har for samarbeidet. Dette ville i så fall kreve en viss forståelse av eksempelvis psykologiens metoder og verdisyn for å kunne sammenliknet med musikkterapi.

Da denne forskningen tar utgangspunkt i det tverrfaglige teamets opplevelser av samarbeidet sier den lite om hvordan musikkterapeuter kan formidle sitt fag. Som en relativt ung profesjon handler det ikke bare om hvordan andre opplever eller forstår musikkterapi som et eget fag- og profesjonsfelt, men også hvordan en kan formidle sin praksis. Det ville derfor vært interessant å se på hvilke faktorer som spiller inn når nye arbeidsplasser velger å ansette musikkterapeuter, samt hvordan en kan formidle sin praksis i ulike fagfelt.

Jeg vil argumentere for at tverrfaglig samarbeid er viktig for å gi bedre behandlingstilbud til pasienter. Jeg mener det er behov for tverrfaglig samarbeid for å kunne imøtekomme nye, mer komplekse utfordringer på en god måte. Jeg forstår tverrfaglig samarbeid som en nødvendighet for å bedre kunne formidle og forstå hva de ulike yrkesutøverne kan bidra med i behandling av psykiske lidelser. Og jeg oppfordrer til økt tverrfaglig samarbeid allerede under utdanning da *«virkeligheten er tverrfaglig, og tverrfaglighet skaper samhold og forståelse»*.

## 7 Kilder:

- Aakerø, K. (1997). *Samspill i organisasjoner. Om utvikling og bruk av menneskelige ressurser*. Cappelen akademisk forlag.
- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J. C., Vink, A. C., Maratos, A., Crawford, M., Chen, X. J. & Gold, C. (2017). Music therapy for depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD004517. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517.pub3>
- Aasgaard, T. (2015). *Musikk og helse*. Cappelen Damm akademisk
- Agdesteen, G. (2018). *Hva er TVEPS? TVEPS-leder Ane Johannessen forklarer hvordan studenter fra ulike profesjoner kan lære av hverandre*. Tilgjengelig fra: <https://www.uib.no/tveps/117225/hva-er-tveps> [Sist besøkt 27/04/2022]
- Agdesteen, G. (2020). *Hvorfor er det viktig med tverrfaglighet?*. Tilgjengelig fra: <https://www.uib.no/tveps/130481/--hvorf-or-det-viktig-med-tverrfaglighet> [Sist besøkt 06/04/2022]
- Ansa, B. E., Zechariah, S., Gates, A. M., Johnson, S. W., Heboyan, V. & De Leo, G. (2020). Attitudes and Behavior towards Interprofessional Collaboration among Healthcare Professionals in a Large Academic Medical Center. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(3), 323. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030323>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Aunger, J. A., Millar, R., Greenhalgh, J., Mannion, R., Rafferty, A. M. & McLeod, H. (2021). Why do some inter-organisational collaborations in healthcare work when others do not? A realist review. *Systematic reviews*, 10(1), 82. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01630-8>
- Baker, F (2015). *Therapeutic songwriting. Developments in theory, methods, and practice*. Palgrave Macmillan
- Bakke, B., Degerud, E. M. M., Gravseth, H. M. U., Hanvold, T. N., Løvseth, E. K., Mjaaland, B., Sterud, T. & Øygardslia, H. (2021). Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021. Status og utviklingstrekk. *STAMI-rapport, årgang 22, nr. 4*, Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Baklien, B. (2007). “Nå er det opp til kommunene å iverksette.....”, *Den lange veien fra departementale beslutninger til lokale virkninger*. Tilgjengelig fra: <https://www.kommunetorget.no/Planlegging/Kronikk-og-debatt/Iverksetting-i-kommunene/> [Sist besøkt 19/04/2022]

- Beck, R. J., Cesario, T. C., Yousefi, A. & Enamoto, H. (2000). Choral Singing, Performance Perception, and Immune System Changes in Salivary Immunoglobulin A and Cortisol. *Music Perception: An Interdisciplinary Journal*, 18(1), 87–106. <https://doi.org/10.2307/40285902>
- Bibb, J. (2021). The role of music therapy in Australian mental health services and the need for increased access to service users. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 29(4), 439–441. <https://doi.org/10.1177/1039856220980255>
- Bokhour, B. G. (2006). Communication in interdisciplinary team meetings: What are we talking about? *Journal of interprofessional care*, 20(4), 349–363. <https://doi.org/10.1080/13561820600727205>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2) s. 77- 101 DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bruscia, K. (2014). *Defining music therapy*. 3rd ed. Barcelona Publishers
- Bryar, R. (2008). Collaboration in primary care: the need to see the bigger picture. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 58(549), 231–234. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X279733>
- Busari, J. O., Moll, F. M. & Duits, A. J. (2017). Understanding the impact of interprofessional collaboration on the quality of care: a case report from a small-scale resource limited health care environment. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 10, 227–234. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S140042>
- Cameron, A., Lart, R., Bostock, L. & Coomber, C. (2014). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. *Health & social care in the community*, 22(3), 225–233. <https://doi.org/10.1111/hsc.12057>
- Chen, W.-J., Hannibal, N. & Gold, C. (2015). Randomized trial of group music therapy with Chinese prisoners: Impact on anxiety, depression, and self-esteem. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 60(9), 1064–1081. <https://doi.org/10.1177/0306624X15572795>
- Choi, B.-C. (1997). Professional and Patient Attitudes about the Relevance of Music Therapy as a Treatment Modality in NAMT Approved Psychiatric Hospitals. *Journal of Music Therapy*, 34(4). 277-292. <https://doi.org/10.1093/jmt/34.4.277>
- Chong, H. J. (2011). Sori therapy for a woman with trauma to empower inner safety. I F. Baker & S. Uhlig, *Voicework in Music Therapy*. Jessica Kingsley Publishers
- Dahl, S. H. og Aasmundtveit, E. L. (2019). Slik blir du en god moteleder. Tilgjengelig fra <https://skc.no/slik-blir-du-en-god-moteleder/> [Sist besøkt 23/04/2022]



- Dalen, M. (2008). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Universitetsforlaget
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019a). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/> [Sist besøkt 16/02/2022]
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019b). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/> [Sist besøkt 28/02/2022]
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora.pdf> [Sist besøkt 24/02/2022]
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2011). *Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/02/skape-data-fra-kvalitativt-forskningsintervju> [Sist besøkt 04/04/2022]
- Ebdrup, N. (2012). *Hva er hermeneutikk?* Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/filosofiske-fag/hva-er-hermeneutikk/722732> [sist besøkt 10/02/2022]
- Eide, I. B. (2008). Fys-mus-tradisjonen i norsk musikkterapi. I G. Trondalen og E. Ruud (red.), *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi. Skriftserie fra Senter for musikk og helse*. NMH-publikasjoner 2008:3
- Engwall S. (2016). Leading Effective Interdisciplinary Teams. *International anesthesiology clinics*, 54(3), 94–106. <https://doi.org/10.1097/AIA.0000000000000099>
- Erkkilä, J., Gold, C., Fachner, J., Ala-Ruona, A., Punkanen, M. & Vanhala, M. (2008). The effect of improvisational music therapy on the treatment of depression: protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 8(50). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-50>
- Fangen, K. (2011). *Deltagende observasjon. 2. utg.* Fagbokforlaget
- Fjeldstad, Ø. D., Snow, C. C., Raymond, E. M. & Lettl, C. (2012). The architecture of collaboration. *Strategic Management Journal*, 33(6). 734-750. <https://doi.org/10.1002/smj.1968>
- Fløistad, G. (1991). *Kunsten å omgås hverandre. En bok om ledelse, bedriftskultur og etikk*. Gyldendal
- Forsetlund, L., Vist, G. E., Hov, L., & Aamland, A. (2019) *Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten: en systematisk kartleggingsoversikt* [Rapport]. Folkehelseinstituttet. ISBN elektronisk: 978-82-8406-033-0

- Forskningsradet.no (udat.). *Norsk veikart for forskningsinfrastruktur. Humaniora*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsradet.no/sok-om-finansiering/midler-fra-forskningsradet/infrastruktur/norsk-veikart-for-forskningsinfrastruktur/omradestrategier/humaniora/>  
[Sist besøkt 10/02/2022]
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Palblos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D. & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376: 1923-1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Garrouste-Orgeas, M., Flaatten, H. & Moreno, R. (2016). Understanding medical errors and adverse events in ICU patients. *Intensive care medicine*, 42(1), 107–109. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3968-x>
- Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, Ł., Chen, X. J., Heldal, T. O. & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD004025. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub4>
- Gilbert, J. H., Yan, J. & Hoffman, S. J. (2010). A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *Journal of allied health*, 39 Suppl 1, 196–197.
- Greenhalgh, T. & Peacock, R. (2005). Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources. *BMJ (Clinical research ed.)*, 331(7524), 1064–1065. <https://doi.org/10.1136/bmj.38636.593461.68>
- Gregory, M. E., Hughes, A. M., Benishek, L. E., Sonesh, S. C., Lazzara, E. H., Woodard, L. D. & Salas, E. (2021). Toward the Development of the Perfect Medical Team: Critical Components for Adaptation. *Journal of patient safety*, 17(2), e47–e70. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000598>
- Hellman, C. (2021). *The Science and Power of Hope | Chan Hellman | TEDxOklahomaCity*. Tilgjengelig fra: <https://www.youtube.com/watch?v=qt0fRSx5Kl4&t=262s> [Sist besøkt 26/04/2022]
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20-%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/\\_attach](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20-%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_attach)

[ment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20-%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf](https://www.helse.no/ment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20-%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf) [Sist besøkt 21/04/2022]

Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. (Publikasjonsnummer: IS-1957).

Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykose> [Sist besøkt 21/04/2022]

Helsedirektoratet (2016). *Musikkterapi (rusbehandling)* [nettdokument]. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 24. januar 2017). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/terapeutiske-tilnaerminger-i-rusbehandling/musikkterapi-rusbehandling> [Sist besøkt 21/04/2022]

Helsedirektoratet (2017). *Spiseforstyrrelser*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/andre typer behandlinger og terapeutiske tilnaerminger som brukes i norge i dag/liste-over-noen-typer-behandlinger-og-terapeutiske-tilnaerminger-som-brukes-i-norge-i-dag> [Sist besøkt 21/04/2022]

Helsedirektoratet (2020). *Tverrfaglig samarbeid* [nettdokument]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-om-allmennlegetjenester/tverrfaglig-samarbeid-med-fastlege-tilstede> [Sist besøkt]

Helsedirektoratet (2021). *Nasjonal faglig retningslinje for somatiske akuttmottak (HØRINGSUTKAST)* [nettdokument]. Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/somatiske-akuttmottak-horingsutkast> [Sist besøkt 09/05/2022]

Houldsworth, A. (2018). Conscious Competence in Interprofessional Learning in Healthcare Education. *MedEdPublish*, 7(1). <https://doi.org/10.15694/MEP.2018.0000039.1>

Husebø, S. E. & Ballangrud, R. (2021). *Teamarbeid i helsetjenesten. Fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv*. Universitetsforlaget

Husebø, S. E., Ballangrud, R. & Dieckmann, P. (2021). Hva mangler det av forskning på teamarbeid i helsetjenesten?. I S. E. Husebø og R. Ballangrud (red.), *Teamarbeid i helsetjenesten. Fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv*. Universitetsforlaget

IPEC (2016). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Interprofessional Education Collaborative*. Tilgjengelig fra: <https://hsc.unm.edu/ipe/resources/ipcc-2016-core-competencies.pdf> [Sist besøkt 18/03/2022]

Ipeccollaborative.org (udat.) *About us*. Tilgjengelig fra: <https://www.ipeccollaborative.org/about-us> [Sist besøkt 27/04/2022]

- Iversen, A. & Hauksdottir, N. (2020). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid. Kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester*. Gyldendal
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Høyskoleforlaget
- Johnson, J. M. & Rowlands, T. (2012). The interpersonal dynamics of in-depth interviewing. I J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti, & K. D. McKinney (Red.), *The SAGE Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft: Vol. 2nd ed.* SAGE Publications, Inc.
- Keith, D. R. (2016). Data collection in interpretivist research. I B. L. Wheeler & K. Murphy (ed) *Music Therapy Research. Third edition*. Barcelona Publishers
- Kielland, T., Solli, H. P. & Trondalen, G. (red.) (2020). *Etableringshåndbok for musikkterapi i rus- og psykisk helsevern*. NMH-publikasjoner 2020:2.
- Kristiansen, D. L. (2016). Å dele av seg selv. Om sangdeling som musikkterapeutisk metode i arbeid med rusmiddelavhengighet. I K. Stensæth, V. Krüger & S. Fuglestad (red.), *I transitt – mellom til og fra. Om musikk og deltagelse i barnevern*. NMH-publikasjoner
- Kunnskapsdepartementet (2017). *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-09-06-1353> [Sist besøkt 06/04/2022]
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg.* Gyldendal akademisk
- Larsen, T. (2017). *Viktige forutsetninger for implementering av programmer og tiltak i skolen*. Tilgjengelig fra: <https://tidliginnsats.forebygging.no/Artikler--Kronikker/Viktige-forutsetninger-for-implementering-av-programmer-og-tiltak-i-skolen/> [Sist besøkt 19/04/2022]
- 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. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2012-0068>
- Lefort, F. McMurray, D. & Tesvic, J. (2015). *Secrets to implementation success*. Tilgjengelig fra: <https://www.mckinsey.com/industries/consumer-packaged-goods/our-insights/secsrets-to-implementation-success> [Sist besøkt 19/04/2022]
- Liang, Z., Howard, P., Wang, J., & Xu, M. (2020). A Call for Leadership and Management Competency Development for Directors of Medical Services-Evidence from the Chinese Public Hospital System. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6913. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186913>
- Lotz, K. (2003). Transparens, originalitet og gyldighet. *Nordisk Arkitekturforskning*, (1), 75-86.

- MacDonald, M. B., Bally, J. M., Ferguson, L. M., Murray, B. L., Fowler-Kerry, S. E. & Anonson, J. M. S. (2009). Knowledge of the professional role of others: A key interprofessional competency. *Nurse Education in Practice*, 10(4), 238–242. <https://doi.org/10.1016/J.NEPR.2009.11.012>
- Magnusson, E. & Marecek, J. (2015). *Doing Interview-based Qualitative Research. A Learner's Guide*. Cambridge University Press
- Malt, U. (2021). *Distriktskykiatrisk senter*. Tilgjengelig fra: [https://sml.snl.no/distriktskykiatrisk\\_senter](https://sml.snl.no/distriktskykiatrisk_senter) [Sist besøkt 03/05/2022]
- Manser, T (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta anaesthesiologica scandinavica*, 53(2), 143-151. <https://doi.org/10.1111.j.1399-6576.2008.01717.x>
- Mathiesen, S & Storaas, S. W. (Programleder). (2020, juni). Ep14. Endringsledelse og Implementering [Audio Podkastepisode]. I *Kvalitetsprat*. Tilgjengelig fra: <https://open.spotify.com/episode/1MOnTFsFahxiq3urr1X9CP?si=ede0b19c4de349ee> [Sist besøkt 09/05/2022]
- McCallin A. (2003). Interdisciplinary team leadership: a revisionist approach for an old problem?. *Journal of nursing management*, 11(6), 364–370. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2003.00425.x>
- McNeil, K. A., Mitchell, R. J. & Parker, V. (2013). Interprofessional practice and interprofessional identity threat. *Health Sociology Review*, 22(3), 291-307. <https://doi.org/10.5172/hesr.2013.22.3.291>
- Meld. St. 13 (2011-2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Kunnskapsdepartementet
- Miell, D., MacDonald, R. & Hargreaves, D. J. (2007). *Musical communication*. Oxford university press.
- Morgan, J. (udat.). *When Is Hierarchy Bad, and When Is It Not? Hierarchical systems are no longer a one-size-fits-all solution for our organization*. Tilgjengelig fra: <https://www.inc.com/jacob-morgan/when-is-hierarchy-bad-and-when-is-it-not.html> [Sist besøkt 30/03/2022]
- Nebelung, I. & Stensæth, K. (2018). Humanistic Music Therapy in the Child Welfare. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 18(4). <https://doi.org/10.15845/voices.v18i4.2590>
- Noack, T. & Tjora, A. (2018). *Samhandling*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/samhandling> [Sist besøkt 16/03/2022].
- Oandasan, I., Baker, G. R., Barker, K., Bosco, C., D'Amour, D., Jones, L., Kimpton, S., Lemieux-Charles, L., Nasmith, L., Rodriguez, L., Tepper, J. & Way, D. (2006). *Teamwork in Healthcare: Promoting Effective Teamwork in Healthcare in Canada. Policy Synthesis and Recommendations*. Tilgjengelig fra: <https://www.researchgate.net>

[/publication/249940003\\_Teamwork\\_in\\_Healthcare\\_Promoting\\_Effective\\_Teamwork\\_in\\_Healthcare\\_in\\_Canada](#) [Sist besøkt 18/03/2022]

- O'Kelly, J. & Koffman, J. (2007). Multidisciplinary perspectives of music therapy in adult palliative care. *Palliative Medicine*, 21(3), 235–241. <https://doi.org/10.1177/0269216307077207>
- Olsen, B. (2016). *Ledelse*. Tilgjengelig fra: <https://www.organisasjon.eu/ledelse/> [Sist besøkt 28/03/2022].
- Orgeret, K. S. (2018). *Intervju*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/intervju> [Sist besøkt 03/05/2022]
- Overå, M. (2013). *Hekta på musikk*. NMH-publikasjoner
- Prop. 158 L (2015-2016). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/317889d80b7d4c51b7b9ce2821a1fbf0/no/pdfs/prp201520160158000ddpdfs.pdf>
- Reeves, S., Rice, K., Conn, L. G., Miller, K. L., Kenaszchuk, C. & Zwarenstein, M. (2009). Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *Journal of interprofessional care*, 23(6), 633–645. <https://doi.org/10.3109/13561820902886295>
- Richards, D. A., Hill, J. J., Gask, L., Lovell, K., Chew-Graham, C., Bower, P., Cape, J., Pilling, S., Araya, R., Kessler, D., Bland, J. M., Green, C., Gilbody, S., Lewis, G., Manning, C., Hughes-Morley, A., & Barkham, M. (2013). Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 347, f4913. <https://doi.org/10.1136/bmj.f4913>
- Robarts, J. Z. (1994). Towards autonomy and a sense of self. Music therapy and the individuation process in relation to children and adolescents with early onset anorexia nervosa. I D. Dokter (ed.), *Arts Therapies and clients with eating disorders*. Jessica Kingsley Publishers
- Rogers, G. D., Thistlethwaite, J. E., Anderson, E. S., Dahlgren, M. A., Grymonpre, R. E., Moran, M. & Samarasekera, D. D. (2016). International consensus statement on the assessment of interprofessional learning outcomes. *Medical Teacher*, 39(4), 347-359. DOI: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1270441>
- Rolvjord, R. (2010). *Resource-Oriented Music Therapy in Mental Health Care*. Barcelona Publishers.
- Rosala, M. (2019). *Thematic Analysis of Qualitative User Research Data*. Tilgjengelig fra: <https://www.youtube.com/watch?v=KUZ6iGvJlGI&t=1s> [sist besøkt 16/02/2022]
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling. Teoretiske perspektiv på musikkterapi*. Solum forlag

- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I G. Trondalen og E. Ruud (red.), *Perspektiver på musikk og helse - 30 år med norsk musikkterapi. Skriftserie fra Senter for musikk og helse*. NMH-publikasjoner 2008:3
- Ruud, E. (2017). Handlemuligheter og musikalsk aktørskap. Om å avgrense musikkterapi fra musikkpedagogikk. I S. G. Nielsen & Ø. Varkøy (red.), *Utdanningsforskning i musikk – didaktiske, sosiologiske og filosofiske perspektiver*. NMH-publikasjoner 2017:10
- Sagberg, I. (2022). *Ledelse*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/ledelse> [Sist besøkt 22/03/2022].
- Silén-Lipponen, M., Turunen, H., & Tossavainen, K. (2002). Collaboration in the operating room: the nurses' perspective. *The Journal of nursing administration*, 32(1), 16–19. <https://doi.org/10.1097/00005110-200201000-00006>
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk voksen. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*, 5. utg. Cappelen Damm Akademisk
- Skilbrei, M.-L. (2019). *Kvalitative metoder. Planlegging, gjennomføring og etiske refleksjoner*. Fagbokforlaget
- Skogstad, A. (2017). God og dårlig ledelse. I S. Einarsen, Ø. L. Martinsen & A. Skogstad (red.), *Organisasjon og ledelse*. Gyldendal akademisk.
- Shuman, J., Kennedy, H., DeWitt, P., Edelblute, A. & Wamboldt, M. Z. (2016). Group music therapy impacts mood states of adolescents in a psychiatric hospital setting. *Arts Psychother*, 49. 50–56. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.05.014>
- Solli, H. P. (2008). “Shut up and play!”. *Nordic journal of music therapy* 17(1), 67-77, DOI <https://doi.org/10.1080/08098130809478197>
- Solli, H. P. (2009). Musikkterapi som integrert del av standard behandling i psykisk helsevern. I E. Ruud, *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge*. NMH-publikasjoner 2009:5. Norges Musikkhøgskole
- Solli, H.P. (2012). MED PASIENTEN I FØRERSETET – Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid. *Musikterapi i psykiatrien online*, 7. 23–44. DOI: <https://doi.org/10.5278/ojs.mipo.v7i2.114>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og Omsorgsdepartementet
- Stige, B. Ridder, H. M. (2016). *Musikkterapi og eldre helse*. Universitetsforlaget
- Svabø, A., Bergland, Å. & Hæreid, J. (2000). *Sosiologi og sosialantropologi for helsearbeidere*. Gyldendal Akademisk
- Svartdal, F. (2020). *Reliabilitet*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/reliabilitet> [Sist besøkt 01/04/2020]
- Tanggard, L. & Brinkmann, S. (2015). Kvalitet i kvalitative studier. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (red.), *Kvalitative metoder, en grundbog. 2. udgave*. Hans Reitzels Forlag

- The Lancet (udat.). *About the Lancet Group*. Tilgjengelig fra: <https://www.thelancet.com/about-us> [Sist besøkt 31/03/2022]
- Thomassen, M. (2016). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Vigmostad og Bjørke AS
- Tjernshaugen, A. (2021). *Tverrfaglighet*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/tverrfaglighet> [Sist besøkt 02/05/2022]
- Tjora, A. (2020). *Sosialkonstruktivisme*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/sosialkonstruktivisme> [Sist besøkt 07/04/2022]
- Tripp, A. H. (2018). *Validitet*. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2018/09/medisin-og-tall/validitet> [Sist besøkt 04/04/2022]
- Twyford, K. (2016). Collaborating – A Role for Music Therapy Within Interprofessional Teams and Beyond. I J. Edward (red.), *The Oxford Handbook of Music Therapy*. Oxford University Press
- Twyford, K. & Watson, T. (2008). *Integrated Team Working: Music Therapy As Part of Transdisciplinary and Collaborative Approaches*. Jessica Kingsley Publishers
- van der Haar, S., Koeslag-Kreunen, M., Euwe, E. & Segers, M. (2017). Team Leader Structuring for Team Effectiveness and Team Learning in Command-and-Control Teams. *Small group research*, 48(2), 215–248. <https://doi.org/10.1177/1046496417689897>
- Willumsen, E. (2021). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I E. Willumsen & A. Ødegård (red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag. 2. utgave*. Universitetsforlaget
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (2021). *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag. 2. utg.* Universitetsforlaget
- Witte, M., Pinho, A. D., Stams, G.-J., Moonen, X., Bos, A. E. R. & van Hooren, S. (2022). Music therapy for stress reduction: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 16(1), 134-159, <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1846580>
- Wu, Q., Chen, T., Wang, Z., Chen, S., Zhang, J., Bao, J., Su, H., Tan, H., Jiang, H., Du, J. & Zhao, M. (2020). Effectiveness of music therapy on improving treatment motivation and emotion in female patients with methamphetamine use disorder: A randomized controlled trial. *Substance abuse*, 41(4), 493–500. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1675117>



- Ødegård, A. (2021). Konstruksjoner av tverrprofesjonelt samarbeid. I E. Willumsen & A. Ødegård (red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag. 2. utgave.* Universitetsforlaget
- Zimsen, K. (1993). *Samtalen som verktøy: en grunnbok i samtaleteknikk.* Lexis

---

# Musikkterapi & tverrfaglig samarbeid innen psykisk helsevern

---

## INTERVJUGUIDE

Semi-strukturert intervju

SPØRSMÅL TIL: psykolog/miljøterapeut/annet

### INTRODUKSJON

- Presentasjon av forskningen
- Repetere noen punkter fra samtykkeerklæringen (hvis ønskelig)
  - o *Rettigheter – taushetsplikt, anonymitet, tilbaketrekke godkjenning*
- Generell informasjon om prosjektet
- Presentasjon av meg

### START – ÅPEN DIALOG

#### TEMA: EGET YRKE

- Hva er du utdannet som?
- Kan du si noe om ditt yrke?
  - Åpent spørsmål: eks. hva gjør de, arbeidsoppgaver, ansvarsområder, forventninger, etc.
- Kan du beskrive din rolle som \_\_\_\_\_ (*yrke*) innenfor psykisk helsevern?
  - Verdier, holdninger, metoder, etc.
- Kan du si noe om hvilket syn du har på pasienter?
  - Likeverd, empowerment, etc.

#### TEMA: TVERRFAGLIG SAMARBEID

- Har du noen tanker om tverrfaglig samarbeid?
  - Hva legger du i begrepet tverrfaglig samarbeid?
- Hvilke opplevelser har du av det tverrfaglige samarbeidet i teamet du jobber i?
  - Bra/dårlig? Erfaringer?
  - Noen du samarbeider mer/mindre med?
- Kjenner du til begrepet *teamarbeidskompetanse*?
  - (hvis ikke, forklar)
  - «Det handler om hva teammedlemmene må vite, gjøre, tenke, føle og handle positivt eller negativt på for å samarbeide effektivt i

komplekse omgivelser og forvalte ressursene (materielle ressurser og egen ekspertise) for å nå målene de har satt seg»

- o Kan du si noe om hva du tenker er dine kunnskaper, ferdigheter og holdninger som har betydning for samarbeidet?
- Kan du beskrive dine roller som \_\_\_\_\_ (yrke) i teamet du samarbeider med?
  - Forskjeller og likheter
  - Roller (egne og andres), kompetanser (egne og andres), forventninger (til seg selv og andre).
- Hvordan opplever du arbeidsfordelingen i teamet?
- Hvordan opplever du kommunikasjonen i teamet?
  - Meningsfull/relevant?
- Hvordan opplever du at beslutninger blir tatt?
  - Hvem/hva/hvordan?
- Hva tenker du er teamets styrker/svakheter og hvorfor?

#### TEMA: MUSIKKTERAPI

- Hvis du skulle plassere ditt forhold til musikk på en skala fra en til ti, hvor ville du ha plassert det?
- Har du noe forhold til/erfaringer med musikkterapi fra tidligere?
  - Eks. samarbeid, observasjon, etc.
- Hva vet du om musikkterapi?
  - Roller, kompetanser, verdier, metoder
- Hvilke(n) holdning(er) har du til musikkterapi?
- Hvilke(n) opplevelse(r) har du av musikkterapi innenfor dette (psykisk helsevern) feltet?
- Hva tenker du selv musikkterapi kan bidra med i det tverrfaglige teamet?
- Hvordan ville du beskrevet forskjellene mellom deg som \_\_\_\_\_ (yrke) og musikkterapeuten?
  - Roller, kompetanser, metoder, etc.
- Hvordan opplever du det tverrfaglige samarbeidet med musikkterapeuten?
  - Bra/dårlig?
  - Hvorfor/hvordan?
- Hvordan opplever du kommunikasjonen mellom ditt fagfelt og musikkterapi?
  - Forstår du det som blir formidlet?
  - Er kommunikasjonen relevant/viktig?
- Noe du skulle ønsket mer av fra musikkterapi(yrket)?
- Noe du skulle ønske musikkterapi(yrket) gjorde annerledes?
- Hva tenker du hadde vært den optimale måten å samarbeide med en musikkterapeut på?
- Hvordan tenker du at teamet (de ulike fagfeltene) best kunne ha samarbeidet?

#### TEMA: TVERRFAGLIG SAMARBEID, MUSIKKTERAPI OG PASIENTPERSPEKTIVET

- Hva tenker du det tverrfaglige samarbeidet har å si for pasientene?
  - Hvordan opplever du er pasientens utbytte av det tverrfaglige samarbeidet?
- Hva tenker du musikkterapi har å si for pasientene?

#### AVSLUTNING – GENERELLE KOMMENTARER ELLER SPØRSMÅL

---

# Musikkterapi & tverrfaglig samarbeid innen psykisk helsevern

---

## INTERVJUGUIDE

Semi-strukturert intervju

SPØRSMÅL TIL: Musikkterapeut

### INTRODUKSJON

- Presentasjon av forskningen
- Repetere noen punkter fra samtykkeerklæringen (hvis nødvendig)
  - o *Rettigheter – taushetsplikt, anonymitet, tilbaketrekke godkjenning*
- Generell informasjon om prosjektet
- Presentasjon av meg

START – ÅPEN DIALOG

### TEMA: EGET YRKE

- Hva er du utdannet som?
- Kan du si noe om ditt yrke?
  - Åpent spørsmål: eks. hva gjør de, arbeidsoppgaver, ansvarsområder, forventninger, etc.
- Kan du beskrive din rolle som *musikkterapeut* innenfor psykisk helsevern?
  - Verdier, holdninger, metoder, etc.
- Kan du si noe om hvilket syn du har på pasienter?
  - Likeverd, empowerment, etc.

### TEMA: TVERRFAGLIG SAMARBEID

- Har du noen tanker om tverrfaglig samarbeid?
  - Hva legger du i begrepet tverrfaglig samarbeid?
- Hvilke opplevelser har du av det tverrfaglige samarbeidet i teamet du jobber i?
  - Bra/dårlig? Erfaringer?
  - Noen du samarbeider mer/mindre med?
- Kjenner du til begrepet *teamarbeidskompetanse*?
  - (hvis ikke, forklar)
  - «Det handler om hva teammedlemmene må vite, gjøre, tenke, føle og handle positivt eller negativt på for å samarbeide effektivt i

komplekse omgivelser og forvalte ressursene (materielle ressurser og egen ekspertise) for å nå målene de har satt seg»

- Kan du si noe om hva du tenker er dine kunnskaper, ferdigheter og holdninger som har betydning for samarbeidet?
- Kan du beskrive din rolle som musikkterapeut i teamet du samarbeider med?
  - Forskjeller og likheter
  - Roller (*egne og andres*), kompetanser (*egne og andres*), forventninger (*til seg selv og andre*).
- Hvordan opplever du arbeidsfordelingen i teamet?
- Hvordan opplever du kommunikasjonen i teamet?
  - Meningsfull/relevant?
- Hvordan opplever du at beslutninger blir tatt?
  - Hvem/hva/hvordan?
- Hva tenker du er teamets styrker/svakheter og hvorfor?
- Har du noen tanker om hva som ville vært den optimale måten å samarbeide på?
- Hvordan tenker du at teamet (de ulike fagfeltene) best kunne ha samarbeidet?

#### TEMA: MUSIKKTERAPI

- Har musikkterapi noen styrker/svakheter i et tverrfaglig team?
- Hva tenker du selv musikkterapi kan bidra med i det tverrfaglige teamet?
- Hvordan ser du på musikkterapiens relevans innenfor psykisk helsevern?
- Noe du skulle ønske musikkterapi(yrket) gjorde annerledes?
- Noe du skulle ønsket mer av fra musikkterapi(yrket)?

#### TEMA: TVERRFAGLIG SAMARBEID, MUSIKKTERAPI OG PASIENTPERSPEKTIVET

- Hva tenker du det tverrfaglige samarbeidet har å si for pasientene?
  - Hvordan opplever du er pasientens utbytte av det tverrfaglige samarbeidet?
- Hva tenker du musikkterapi har å si for pasientene?

#### AVSLUTNING – GENERELLE KOMMENTARER ELLER SPØRSMÅL

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### “Musikkterapi og tverrfaglig samarbeid i psykisk helsevern”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvordan det tverrfaglige teamet oppleves av hver enkelt behandler i teamet, samt hvilken betydning musikkterapien har for det tverrfaglige teamet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

En forutsetning for godt samarbeid er å kunne forstå egne og andres kompetanser og ansvar som terapeut/behandler. Dette innebærer at en vet hva de ulike faggruppene kan tilby av hjelp, styrker og svakheter, samt hvilke roller de har innenfor sitt fagfelt. Resultatet av et godt samarbeid kan føre til lavere kostnader, bedre kvalitet på behandlingstilbudet, samt bedre erfaringer for både pasientgrupper og behandlere. Et tverrfaglig samarbeid vil kunne gi et bredere kunnskapsfelt, samt flere alternativer til behandling. Behandlingstilbudet som mottas i psykisk helsevern bør derfor sikres god kvalitet, og med fokus på det tverrfaglige samarbeidet kan musikkterapi bli mer integrert i teamet rundt en pasient.

Forskningen vil finne svar på dette gjennom intervjuer med ulike yrkesgrupper i teamet, med mulighet for oppfølgingsintervju om nødvendig. Hvert intervju vil vare fra en (1) til en og en halv (1.5) time. Intervjuene gjennomføres høsten 2021.

Min foreløpige problemstilling er: *Hvordan beskriver de ulike faggruppene det tverrfaglige samarbeidet med en musikkterapeut, og hvordan beskriver behandlerne pasientenes virkning av det tverrfaglige samarbeidet med musikkterapeuten?*

Prosjektet er et forskningsprosjekt på masterstudie.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges Musikkhøgskole er ansvarlig for prosjektet.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta i forskningsprosjektet fordi du jobber innen psykisk helsevern, og du jobber i et tverrfaglig team som/med musikkterapeut. Antall informanter er tre til fire behandlere på et DPS.

Du får forespørsel om å delta i forskningsprosjektet gjennom musikkterapeuten jeg har kontakt med på DPS.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

- Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et intervju med en varighet på en til en og en halv time. Intervjuguiden inneholder spørsmål om hva du selv tenker om og hvordan du opplever det tverrfaglige samarbeidet. I tillegg vil du få spørsmål om hvilke holdninger du har til musikkterapi, samt hvordan du ser på dens relevans innen psykisk helsevern og i det tverrfaglige teamet. Dine svar fra intervjuet vil bli tatt opp på en ekstern lydopptaker som kun behandles av forsker.
- Forskningen er en kvalitativ studie med semistrukturert intervju.
- Deltakerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger om informant eller pasient.

- Personlige opplysninger vil anonymiseres fortløpende og det vil ikke være mulig å identifisere informanten eller andre personer som blir nevnt i intervjuet. Navn og arbeidssted vil ikke bli tatt i bruk i forskningen eller i analysen.

#### **Det er frivillig å delta**

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

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det vil kun være jeg som har tilgang til opplysningene/informasjonen.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Deltakere vil ikke kunne gjenkjennes i eventuelle publikasjoner. Publiserte opplysninger vil ikke være personlige opplysninger som navn, kontaktdetaljer eller arbeidssted. Opplysningene som publiseres er utsagn fra intervjuene som sier noe om tverrfaglig samarbeid og dets relevans for teamet og opplevelsene for hver enkelt behandler.

#### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juli 2023. Personopplysninger vil slettes eller destrueres ved prosjektslutt.

#### **Dine rettigheter**

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

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

#### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

#### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Forsker/student Tobias Darwin Elstad Klausen. E-post: [tobias.klaussen91@gmail.com](mailto:tobias.klaussen91@gmail.com)
- Veileder Tone Sæther Kvamme. E-post: [tone.s.kvamme@nmh.no](mailto:tone.s.kvamme@nmh.no)
- Vårt personvernombud: Rolf Haavik, [personvernombudet@nmh.no](mailto:personvernombudet@nmh.no), tlf. 907 33 760

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

(Forsker)

Tobias Darwin Elstad Klaussen

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Musikkterapi og tverrfaglig samarbeid i psykisk helsevern*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## 8.4 Vedlegg D, analyse



# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## Vurdering

**Referansenummer**

681318

**Prosjekttittel**

Musikkterapi og tverrfaglig samarbeid i psykisk helsevern

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges musikkhøgskole / CREMAH - Senter for forskning i musikk og helse

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Tone Kvamme, tone.s.kvamme@nmh.no, tlf: 92059655

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Tobias Darwin Elstad Klaussen, tobias.klaussen91@gmail.com, tlf: 97005268

**Prosjektperiode**

01.08.2021 - 01.08.2023

**Vurdering (1)**

---

**27.07.2021 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 27.07.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.08.2023.

**LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen

art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta (lastet opp på siden "Tilleggsopplysninger") oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

### Om Master i musikkterapi

Musikkterapistudiet fokuserer på ferdigheter i kommunikasjon og sosialt samspill. Sentralt i studiet står musikkens evne til å fremme uttrykksevne og opplevelse av mening, mestring og livssammenheng.

Studiet har en kombinasjon av det praktiske og det teoretiske, med emner som improvisasjon, relasjonskunnskap, vitenskapsteori og forskningsmetode. Musikalsk improvisasjon står sentralt, siden dette er et viktig redskap for å komme i kontakt med – og utvikle relasjonelle og kommunikative ferdigheter.

På Musikkhøgskolen er musikkterapi et sterkt fagmiljø som omfatter Senter for forskning i musikk og helse (CREMAH).

### Om Norges musikkhøgskole

Norges musikkhøgskole er en kunstfaglig og vitenskapelig høgskole med landets største fagmiljø i musikk.

Vi utdanner musikere, komponister, dirigenter, pianostemmere, musikkteknologer, musikkvitere, musikkpedagoger og musikkterapeuter på bachelor-, master- og doktorgradsnivå.

834 studenter og om lag 350 ansatte arbeider innenfor en stor vifte av sjangere, med tyngdepunkt i klassisk, samtidsmusikk, jazz og folkemusikk.

På NMH kan studentene ta bachelor, master og doktorgrad i musikk – både utøvende og teoretiske emner. I tillegg tilbyr vi ettårsemner og videreutdanning fra 15 til 60 studiepoeng for dem som trenger faglig påfyll.