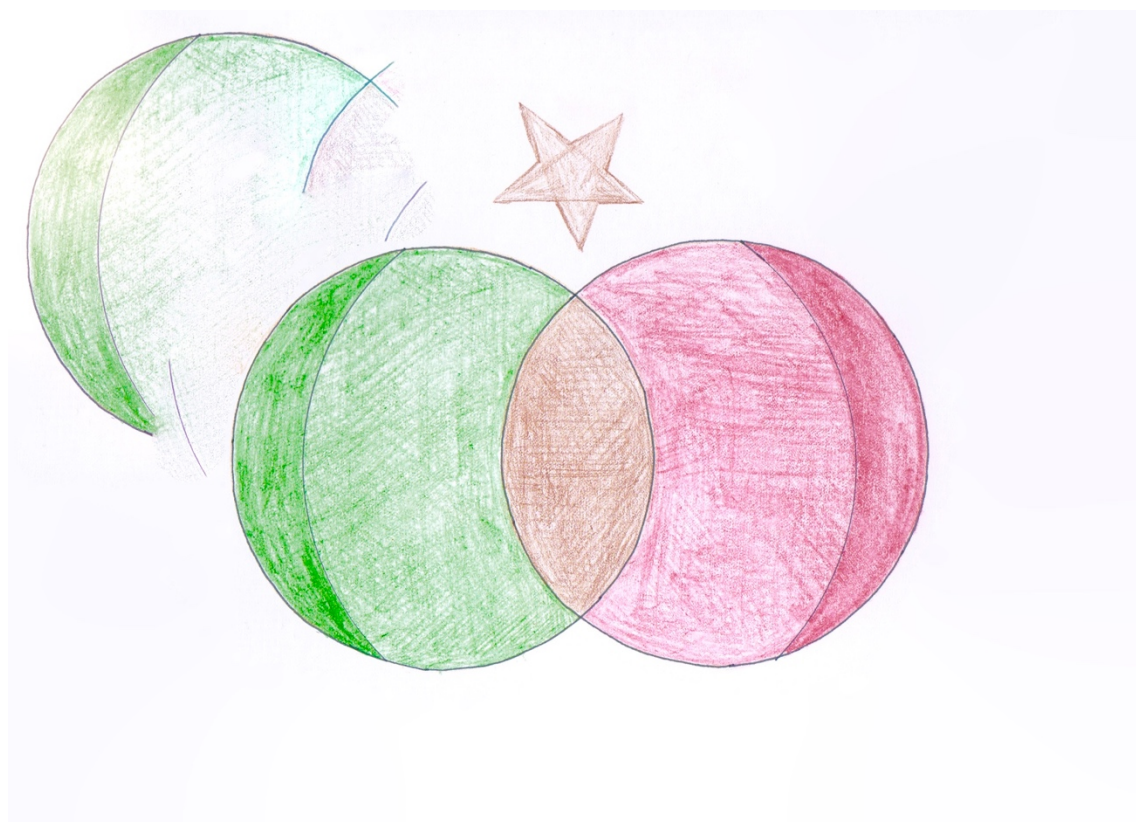


“MUSIKKTERAPEUT OG SYKEPLEIER – UTFORDRINGER OG MULIGHETER”

– EN KVALITATIV UNDERSØKELSE OM KOMBINASJONEN AV
DE TO YRKESROLLENE



MASTEROPPGAVE I MUSIKKTERAPI

NORGES MUSIKKHØGSKOLE

META KRISTINE SCHEI KAYSER

VÅREN 2018



Norges
musikkhøgskole
Norwegian Academy
of Music

Copyright © Meta Kristine Schei Kayser 2018

Mastergradsavhandling i musikkterapi Oslo: Norges musikkhøgskole

Trykk: Høgskolen i Innlandet, Campus Hamar, Holsetgata 31, 2318 Hamar

English title: “Music therapist and nurse – challenges and opportunities”

Abstract

In this master thesis, I explore the combination of the two roles music therapist and nurse in pediatric care. I use qualitative research interviews as a method. The informers have experience from music therapy in a pediatric care context. They are music therapists, nurses and leaders. I have worked with this research question as an approach: *How can the music therapist, with a nursing background combine the two roles in pediatric care? And what does such a combination mean in relation to the patient, and in collaboration with associates?* I discuss the research question within these four categories: *The meaning of trust, the meaning of time, the meaning of the synergic effect and the meaning of the job title.* The results are discussed based on research literature on music therapy, nursing, social science and ethics. My research shows that the combination can provide a knowledge-based practice in relation to the patient. The meaning of trust in relation to the patient and to associates stands out as important to keep in mind. The two clinical perspectives are essential and unifies the two roles.

Sammendrag

I denne studien utforsker jeg kombinasjonen av rollen som musikkterapeut og sykepleier i pediatri. Jeg benytter kvalitative semistrukturerte intervjuer som forskningsmetode. Informantene er fagpersoner med erfaring fra musikkterapi i pediatri innen feltene musikkterapi, sykepleie og ledelse. Jeg har arbeidet ut fra følgende problemstilling: *Hvordan kan musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn kombinere de to yrkesrollene i arbeid med barn på sykehus? Og hva kan en slik kombinasjon bety i relasjon med pasienten og i samarbeid med kollegaer?* Resultatene blir drøftet, fordelt på disse fire kategoriene: *Betydningen av tillit, betydningen av tid, betydningen av synergieffekten og betydningen av stillingsbetegnelsen.* Dette ser jeg i lys av forskningslitteratur om musikkterapi, sykepleie, sosialvitenskaplige perspektiver og etikk. Undersøkelsen viser at kombinasjonen kan være et utgangspunkt for forskningsbasert praksis. Når rollene kombineres, trer betydningen av tillit frem som viktig å ta med i beregningen, i relasjon til pasienter og kollegaer. De to kliniske blickene forener rollene.

Antall ord: 20596

Forord

Denne masteroppgaven har gitt meg muligheten til å fordype meg og lære mer om et emne jeg lenge har vært opptatt av. Arbeidet med studien har vært interessant, men til tider også krevende. I takt med økt forståelse for emnet har jeg innsett at det er mye jeg ikke vet.

Jeg takker alle informantene som har deltatt i undersøkelsen med sine erfaringer og perspektiver. Jeg takker også for gode samtaler med Unni Johns, Ruth Eckhoff og ikke minst veilederen min, Rita Strand Frisk, for hjelp til å sortere tankene, konstruktive innspill og støtte i alt arbeidet med undersøkelsen.

Meta Kristine Schei Kayser

Tangen, 13. mai, 2018

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	7
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	7
1.2 PROBLEMSTILLING, AVGRENSNING OG BEGREPSAVKLARING	8
1.3 RELEVANS	9
1.4 SØKESTRATEGI	9
1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING	10
2.0 TEORI	11
2.1 RELASJON OG TIDLIG SAMSPILL	11
2.2 MUSIKKTERAPEUT	12
2.3 SYKEPLEIER	15
2.4 ETISKE RETNINGSLINJER	15
2.5.0 SOSIALPSYKOLOGISKE PERSPEKTIVER	16
2.5.1 Tillit	18
3.0 METODE	21
3.1.0 KVALITATIV TILNÆRMING	21
3.1.1 Hermeneutikk	21
3.1.2 Forskningsdesign – Semistrukturert intervju	23
3.2 UTVALG AV INFORMANTER	25
3.3.0 INNSAMLING AV DATA	26
3.3.1 Intervjuer	26
3.3.2 Transkribering	26
3.4.0 ANALYSE	27
3.4.1 Meningsfortetning og analyseprosess	27
3.4.2 Resultater	29
3.5.0 METODISKE BETRAKTNINGER	30
3.5.1 Reliabilitet og validitet	30
3.5.2 Etikk i rollen som forsker	31
4.0 DRØFTING OG ANALYSE	33
4.1.0 BETYDNINGEN AV TILLIT	33
4.1.1 Tillit i relasjon med pasienten	34
4.1.2 Tillit i relasjon med kollegaer	38
4.2.0 BETYDNINGEN AV TID	41
4.2.1 Tid i relasjon med pasienten	41

4.2.2 <i>Tid i relasjon med kollegaer</i>	44
4.3.0 BETYDNINGEN AV SYNERGIEFFEKTE	48
4.3.1 <i>Synergieffekten i relasjon med pasienten</i>	49
4.3.2 <i>Synergieffekten i relasjon med kollegaer</i>	54
4.4.0 BETYDNINGEN AV STILLINGSBETEGNELSEN	56
4.4.1 <i>Stillingsbetegnelse i relasjon med pasienten</i>	58
4.4.2 <i>Stillingsbetegnelse i relasjon med kollegaer</i>	59
4.4.3 <i>Betydningen av stillingsbetegnelse for musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn</i>	60
5.0 KONKLUSJON	64
LITTERATURLISTE	67
VEDLEGG 1	71
INTERVJUGUIDE: MUSIKKTERAPEUTEN MED SYKEPLEIERBAKGRUNN	71
INTERVJUGUIDE: SYKEPLEIEREN MED MUSIKKTERAPIERFARING	74
INTERVJUGUIDE: AVDELINGSLEDEREN MED MUSIKKTERAPIERFARING	76
VEDLEGG 2	78
SAMTYKKEERKLÆRING FOR INTERVJU I MASTERPROSJEKT	78
Figur 1	14
Figur 2	50
Figur 3	51
Figur 4	53

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi som går ut av Norges musikkhøgskole med en mastergrad i musikkterapi har to kompetanser. Kan en yrkesbakgrunn med to kompetanser utgjøre noe mer enn summen av dem hver for seg? Yrkeskompetanse består av *handlingskompetanse* og *relasjonskompetanse*. *Handlingskompetanse* består av instrumentelle ferdigheter, basert på erfaring og kunnskap, og *relasjonskompetanse* er basert på relasjonsforståelse og etisk refleksjon. Hos en dyktig fagperson er handlings- og relasjonskompetansen flettet sammen i en helhet (Røkenes & Hanssen, 2013; s. 12). I hvor stor grad får de to kompetansene lov å virke sammen? Er det mulig å sette til side, eller løsrive seg fra en ervervet handlings- og relasjonskompetanse? Og hvilken betydning får det? Og for hvem?

Inspirasjonen til å utforske dette temaet innen en medisinsk kontekst fikk jeg etter en forelesning om musikkterapi i pediatri på Norges musikkhøgskole. Måtte ikke en musikkterapeut med sykepleierbakgrunn ha gode forutsetninger for kvalitet i sitt virke på en pediatrik avdeling? Dette var nysgjerrigheten som lå til grunn for valg av tema. Det virket på meg som denne spesifikke rollekombinasjonen ikke var behandlet så mye innen forskningslitteraturen, og jeg ønsket å utdype min egen forståelse for hvordan kompetansen fra de to utdanningene kan virke sammen. Jeg så at ved å fordype meg i dette temaet kunne jeg også tilføre musikkterapifaget noen synspunkter og avklaringer som kan være til nytte for andre som har en dobbel kompetanse som sykepleier og musikkterapeut. Håpet mitt var at det jeg nå tok fatt på også kunne ha en samfunnsmessig betydning. En del forskningslitteratur har jeg imidlertid funnet og kunnet bruke til å belyse temaet.

For enhver virksomhetsledelse er det uunnværlig at en vet hvilken ressurs ”personalet” utgjør. Men like viktig er det at medarbeideren er informert om sine egne ressurser, om hva han er ”verdt” for den virksomheten han jobber i. Han må være klar over sin egen ”verdi” som person, som ekspert i sitt yrke (...) og som kollega. Dette er ikke mulig hvis han ikke har kjennskap til sine ressurser og hvordan han utnytter ressursene og stiller disse til disposisjon for f.eks. teamet eller firmaet... (Petzold, 2008, s. 256)

Denne oppgaven kan bidra til å synliggjøre hvilke ressurser en musikkterapeut med sykepleierbakgrunn kan utgjøre for en pediatrik avdeling og for samfunnet som sådan.

1.2 Problemstilling, avgrensning og begrepsavklaring

Utgangspunktet for arbeidet mitt har vært følgende problemstilling:

Hvordan kan musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn kombinere de to yrkesrollene i arbeid med barn på sykehus? Og hva kan en slik kombinasjon bety i relasjon med pasienten og i samarbeid med kollegaer?

Jeg har intervjuet fagpersoner som har erfaring fra musikkterapi i pediatri i feltene sykepleie, musikkterapi og ledelse. I arbeidet med å belyse problemstillingen har jeg blant annet hatt følgende spørsmål i tankene: Kan en inneha begge roller på samme avdeling, eller må rollene skilles ved at en er sykepleier på en avdeling og musikkterapeut på en annen? Kan musikkterapikompetansen komme til nytte uten at han utøver musikkterapi? Og er det etisk forsvarlig å bare utøve den ene eller den andre kompetansen når pasienten har rett på best mulig behandling?

Jeg ble spesielt opptatt av betydningen av tillit. Derfor har jeg valgt å legge vekt på dette i teoridelen og drøftingen av problemstillingen. Et annet tema som dukket opp, var kollegaveiledning. Musikkterapeuten kan veilede kollegaer i å synge og spille med pasienten. Dette kan være en hensiktsmessig måte å bygge en relasjon på. Jeg har imidlertid valgt å ikke følge denne tråden da jeg ikke anser det som relevant for problemstillingen. Et tredje tema er de fagpolitiske aspekter ved en kombinasjon av rollene som sykepleier og musikkterapeut. Dette temaet berører jeg, men på grunn av oppgavens omfang utdyper jeg det ikke.

Jeg bruker begrepene *barn på sykehus* og *pediatri*. Med barn mener jeg personer under 18 år. Med pediatri mener jeg læren om barns sykdommer, utvikling og vekst. Pediatri er også betegnelsen på fagområdet som omfatter forebyggende, helbredende og habiliterende omsorg for barn der helhetlig omsorg vektlegges (Lie, 2009). Når jeg snakker om foreldre inkluderer jeg også fosterforeldre og foresatte som opptrer i foreldres sted. Hva som ligger i begrepene

musikkterapeut, sykepleier og yrkesrolle skal jeg utdype i teorikapittelet. Ut over dette vil jeg fortløpende i teksten gi en forklaring på nye begreper som dukker opp. Når jeg nevner musikkterapeuten som også er sykepleier, bruker jeg benevnelsen *musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn*. Kodingen av informantene tar jeg opp i kapittel 3.3.2 i metodekapittelet.

1.3 Relevans

Best mulig utnyttelse av arbeidskraften og best mulig kompetanse i helsevesenet vil kunne komme samfunnet til gode. En studie som tar for seg kombinasjonen av rollen som musikkterapeut og sykepleier kan på den måte være et bidrag til dette. Hvilke vilkår som ligger til grunn for dette, hva det innebærer og hvem det kan få konsekvenser for er samfunnsrelaterte spørsmål som jeg tar for meg i denne oppgaven. For faget er problemstillingen relevant fordi alle som tar mastergrad i musikkterapi ved Norges musikkhøgskole må ha en bachelorgrad i utdanningen sin. Dette stiller krav til studenten om å bli seg bevisst hvilken for forståelse hun tar med seg inn i yrkesrollen. En studie av en kombinasjon av roller kan også ha overføringsverdi til studenter med annen bakgrunn.

Etter endt studie i musikkterapi står jeg igjen med, ikke bare én, men to profesjonsutdannelse. Dette vil gi meg mulighet til å variere jobb, men uten refleksjon over rollene tror jeg arbeidsdagen lett kan bli stressende og kaotisk. Dette kan igjen få konsekvenser for mine klienter/pasienter og for samarbeidet med kollegaer. All musikkterapeutisk yrkesutøvelse innebærer etisk refleksjon over egne holdninger, verdier og handlemåter (MFOs forbundsstyre, 2017). Dette samsvarer med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2016). En undersøkelse av kombinasjonen av de to yrkesrollene kan slik sett styrke min etiske refleksjon over utøvelsen av de to yrkene. På den måten kan jeg stå tryggere som fagperson i møte med etiske utfordringer og heve kvaliteten på arbeidet mitt.

1.4 Søkestrategi

Jeg ønsker å gi leseren innblikk i refleksjonene jeg gjorde da jeg valgte litteratur som kunne belyse problemstillingen. Jeg har brukt to typer litteratur: Primærlitteratur og sekundærlitteratur. Jeg har vært meg bevisst fordeler og ulemper ved dette. Fordelen med å bruke primærlitteratur er at en får muligheten til å tolke det en leser ut ifra sin egen forståelse.

Ulempen er at det kan være vanskelig å forstå hva essensen i det en leser er. Fordelen med å bruke sekundærlitteratur er at andre har tolket litteraturen for en, og en trenger derfor ikke å bruke så mye tid på dette selv. Ulempen er at teksten preges av andre sin forforståelse (Dalland, 2012; s. 86).

Kildekritikk hjelper oss å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner. Dersom vi er kritiske til kilder, kan vi få mer troverdige svar. Jeg ønsket å se på om forskningslitteratur lot seg overføre til min egen problemstilling og resultatene fra analysen av intervjuene. Jeg brukte Dallands (2012) ”Metode og oppgaveskriving” som utgangspunkt og stilte meg følgende spørsmål: Forteller kilden noe om de spørsmålene jeg stiller i oppgaven? Hvordan belyser kilden problemstillingen? Og hvordan kan jeg bruke kilden i oppgaven? (Dalland, 2012, s. 74-76). For å vurdere litteraturens holdbarhet og gyldighet stilte jeg disse spørsmålene:

- Hva slags tekst er det?
- Hvem har skrevet teksten? (F. eks. forfatterens bakgrunn og om han er et kjent navn innenfor faget?).
- For hvem er teksten skrevet?
- Hvorfor skriver forfatteren om dette? (F. eks. ønsker han å fremme et alternativt syn, eller trengs det mer stoff om faget?).
- Hva er formålet med teksten? (F. eks. hva vil forfatteren frem til?).
- Når er teksten skrevet? (Dalland, 2012, s. 74-76)

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er bygget opp av fem hovedkapitler: Innledning, teori, metode, drøfting og konklusjon. I teoridelen tar jeg for meg den forskningslitteraturen som er med å danne grunnlaget for drøfting og analyse av resultater. Deretter følger et metodekapittel der jeg gjør rede for arbeidet med de kvalitative forskningsintervjuene. I oppgavens fjerde kapittel drøfter jeg problemstillingen i lys av resultatene av analysen og knytter forskningslitteraturen til min egen forståelse og tolkning av utsagnene til informantene.

2.0 Teori

I dette kapitlet skal jeg belyse teori jeg har vurdert som relevant med tanke på å svare på problemstillingen:

Hvordan kan musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn kombinere de to yrkesrollene i arbeid med barn på sykehus? Og hva kan en slik kombinasjon bety i relasjon med pasienten og i samarbeid med kollegaer?

Først presenterer jeg teori om relasjon, tidlig samspill og betydningen av trygg tilknytning for barn. Deretter vil jeg belyse hva musikkterapeutrollen og sykepleierrollen innebærer i en pediatrik kontekst. Så følger noen etiske prinsipper og retningslinjer. Jeg avslutter kapitlet ved å ta for meg noen sosialpsykologiske perspektiver der jeg fokuserer på rollebegrepet og begrepet tillit.

2.1 Relasjon og tidlig samspill

Helt fra livets begynnelse til vi dør har mennesket et grunnleggende biologisk behov for å søke sikker tilknytning (Håkonsen, 2009, i Bowlby, 1988). Vi er avhengig av hverandre og av en mellommenneskelig kontakt, en intersubjektivitet. Intersubjektivitet vises gjennom felles oppmerksomhet og delte opplevelser (Ruud, 2018). Barn er spesielt følsomme for påvirkning i visse perioder av utviklingen sin. I det første leveåret trenger barnet å etablere en grunnleggende tillit og trygghet til sine omsorgspersoner. En annen sensitiv periode er mellom ett og tre år når barnet begynner å tilegne seg språk. Dersom barnet ikke blir møtt med nærkontakt, varme og omsorg som skaper et vedvarende emosjonelt bånd mellom barnet og omsorgspersonen, kan det skape en utrygghet. Utrygghet og mistillit kan komme til å prege barnet senere i livet (Håkonsen, 2009, s. 33).

Til å begynne med er kommunikasjonen fra barnets side nonverbal, der kroppsspråk, ansiktsuttrykk og musikalske elementer er de første som kommuniserer barnets tilstand. Dette er slik sett en grunnleggende form for kommunikasjon. Videre er det tidlige samspillet mellom omsorgsperson og barn vanligvis preget av:

... periodevise faser som karakteriseres av livlig sosial interaksjon, men med alternerende faser av brudd i den intersubjektive kontakten. Hver fase begynner med igangsettelse og en gjensidig anerkjennelse av hverandre som bygger opp mot en interaksjon som består av lignende ansiktsuttrykk og vokaliseringer (Tjelle, 2015, s. 13, i Bowlby, 1988).

Affektiv inntoning og herming av kroppsspråk og musikalske elementer er sentrale elementer i etableringen av tillit, tilknytning og følelsesmessig regulering hos barnet. Følelsesregulering er en grunnleggende sosial egenskap fordi den hjelper oss til å møte følelsesmessige belastninger (Håkonsen, 2009).

2.2 Musikkterapeut

Musikkterapi er et fag der en kan utdanne seg i en profesjon som musikkterapeut.

Musikkterapeutens rolle kan variere innen de ulike praksisfeltene der musikkterapeuten arbeider. Musikkterapi er et vitenskapelig fundert fag som baserer seg på forskning om blant annet sosiologi, antropologi og musikkpsykologi (Ruud, 2018).

I musikkterapi tar musikkterapeuten utgangspunkt i grunnleggende former for kommunikasjon og tidlig mor-barn-samspill. I tillegg har musikkterapien helhetlige målsettinger hvor helse vektlegges. Musikkterapeuten bruker musikken på ulike måter for å fremme pasientens livskvalitet, helse og utvikling (Ruud, 2018). Norsk musikkterapi bygger på et humanistisk menneskesyn. ”Individet inngår i et likeverdig forhold med et annet menneske, der begge har mulighet til å påvirke samspillet” (Trondalen, 2008; s. 29). Her er relasjonen sentral, og musikkterapien er mestrings- og ressursorientert (Ruud, Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi, 2008). I relasjonell musikkterapi (jf. Trondalen, 2016) er *den terapeutiske alliansen* en virksom faktor. Et sentralt mål er her å utvide pasientens opplevelse av egne erfaringer, og stimulere den intersubjektive oppmerksomheten. Dette skjer via en utforskning av nye måter å forholde seg på gjennom musikk (Ruud, 2018)¹.

I følge Ruud (2008; s. 12) leter, Leser og anerkjenner musikkterapeuten i alle uttrykk pasientens intensjonalitet og ønske om henvendelse og kommunikasjon. Intensjonalitet betyr

¹ For en utdyping av *den terapeutiske alliansen*, se kap. 2.5.1 om tillit.

at det ligger en mening bak handlingene våre. En handling kan også *få* en mening gjennom møtet mellom musikkterapeut og pasient. Det er dette som gir grunnlaget for å bygge en relasjon. En ser på menneskets behov for høydepunktsopplevelser i samsvar med Maslows behovspyramide. Disse høydepunktsopplevelsene gir mening og motivasjon og til å handle (Ruud, 2008; s. 12). Ved å være med i musikalske sammenhenger kan en få styrket identitetsfølelsen sin. En sterk identitetsfølelse som en har utviklet via musikk, kan bidra til tilhørighet og vitalitet og på den måten en bedre livskvalitet (Ruud, 2008).

For å få en dypere forståelse for temaet kan det være nyttig å se nærmere på hva som er konteksten for musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn når hun kombinerer rollene på en pediatrik avdeling. Musikkterapeuten som arbeider innen pediatri gir musikktilbud til alvorlig syke barn (Ruud, 2018). I Norge har musikkterapeuter arbeidet innen pediatri i over 20 år (Aasgaard & Ærø, Gjøgler og behandler: Musikkterapeutens arbeidsoppgaver og profesjonelle roller ved en sykehusavdeling for barn, 2011). Det arbeider i dag musikkterapeuter i pediatrik avdelinger ved alle de fem store universitetssykehusene, og det er en liten stilling som musikkterapeut ved Drammen sykehus. Disse musikkterapeutene arbeider innenfor det medisinske praksisområde for musikkterapi (Bruscia, 2014). Her søker musikkterapeuten å imøtekomme alle behov som kan oppstå i forbindelse med medisinsk behandling og akutte eller kroniske medisinske tilstander blant barn. Dette innebærer direkte behandling med musikk og å støtte pasienten under medisinsk behandling ved å bruke musikk. Musikkterapeuten går i tillegg inn i en prosess der hun søker å imøtekomme emosjonelle, mellommenneskelige, sosiale, åndelige behov hos barnet. I tillegg imøtekommer musikkterapeuten økologiske behov hos barnet ved å jobbe med barnets relasjoner til familie, venner og skole (Bruscia, 2014; s. 216-219). Ruud (2018) bruker begrepene *musikkmedisin* og *medisinsk musikkterapi*. Mens *musikkmedisin* handler om å bruke musikk i medisinsk behandling uten medvirkning av en musikkterapeut, handler *medisinsk musikkterapi* om å bruke musikk i medisinsk behandling der musikkterapeutens tilstedeværelse og relasjon til pasienten er avgjørende.

Musikkterapi i pediatri kan omfatte sang, bevegelse, musikk, lek og improvisasjon (Lindvall, 2017). Musikkterapeutens evne til affektinntoning er et viktig element i improvisasjon med pasienten. Affektinntoning innebærer å leve seg inn i pasientens situasjon på en empatisk måte. Johns (2012; s. 29-43) bygger videre på Stern og mener vi kan skape kontakt og relasjon med barnet ved å tilpasse oss deres vitalitetsformer. Vitalitetsformer er det som

former opplevelser. F.eks. kan glede oppleves som *stigende*, *minkende* eller *kraftfull*. Dette kan vi kjenne igjen i musikk som *crescendo*, *decrescendo* og *forte*. Med andre ord er det ikke selve innholdet, men *hvordan* det høres ut som er viktig. Musikken blir i improvisasjon et middel til kommunikasjon der personene blir kjent med hverandre. Denne illustrasjonen viser musikkterapiens innvirkning på helsen til barn på sykehus:

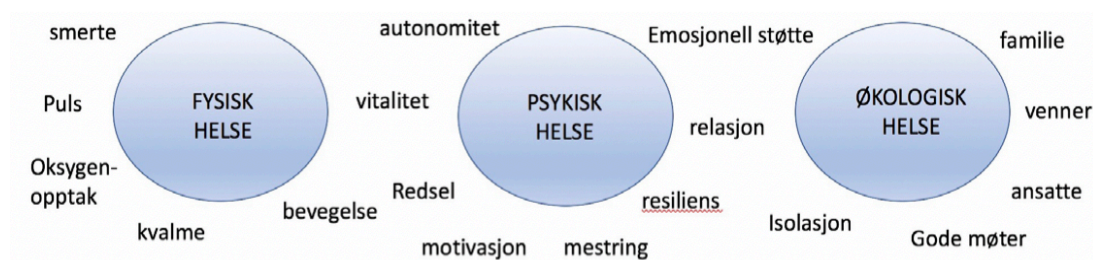


Fig. 1: Figuren viser hvordan musikkterapi kan være et utgangspunkt for å jobbe med viktige aspekter av helse (Lindvall, 2017).

Når det gjelder den fysiske helsen, må pasienten ofte gjennom smertefulle prosedyrer. Musikkterapi kan bidra til å flytte fokus slik at barnet opplever det som lettere å takle prosedyren (Rundgren, 2012; Mondanaro, 2013). En musikkterapeut vil prøve å styrke identitetsfølelsen til barnet via musikk. Det vil få betydning for den psykiske helsen og kunne bidra til en opplevelse av sammenheng, tilhørighet og vitalitet. På den måten kan barnet få bedre livskvalitet (Ruud, 2008). Musikkterapeutens innsats her er også rettet mot å gi barnet mestringsopplevelser og hjelpe barnet å hente frem egne motstandsressurser mot sykdom og andre ytre påkjenninger.

En del pasienter opplever angst (Dun, 2013). Angst er en fryktreaksjon som blir utløst uten at vi helt klarer å sette fingeren på hva vi er redd for, en overdreven urasjonell fryktreaksjon overfor en situasjon eller en ting (Håkonsen, 2009). Dun (2013) viser at musikkterapi kan spille en viktig rolle for å berolige barnet. Musikkterapeuten kan for eksempel synge kjente sanger eller improvisere på en beroligende måte. Musikkterapeuten vil prøve å styrke barnets økologiske helse, ved å jobbe aktivt med foreldre-barn-relasjonen (Frisk, 2008; Loewy & Stewart m.fl., 2013; Bieleninik, Ghetti, & Gold, 2016; Haslbeck 2017).

2.3 Sykepleier

Først og fremst handler sykepleie om pleie av den syke. Det innebærer å hjelpe et annet menneske. Verdigrunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskes liv og egenverdi. Sykepleie baserer seg på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskets rettigheter. Utøvelsen av sykepleie skal også være kunnskapsbasert (Norsk sykepleierforbund, 2008; Holter, 2011). En sykepleier prøver å styrke pasientens egne mestningsressurser og sette seg inn i pasientens tilstand slik at hun forstår hvordan pasienten selv opplever sykdommen sin. Martinsen (2005) vektlegger at måten denne forståelsen brukes på, må forenes med faglig skjønn, kyndighet og varhet. Tillit, barmhjertighet, medfølelse og åpenhet er viktige elementer i utøvelsen av sykepleie. Det er viktig at pasienten får tillit til sykepleieren slik at de kan samhandle og oppnå en god relasjon. Sykepleieren må også gjøre seg fortjent til tillit hos pasienten ved å vise en oppriktig interesse for pasientens karakter og en varhet overfor hvor mye pasienten ønsker å åpne seg (Martinsen, 2005). En sentral ferdighet i sykepleie er evnen til å utvikle et klinisk blikk. Som sykepleiere kobler vi det vi observerer hos pasienten til kunnskaper vi har om sykdommens forløp og symptomer (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Sykepleieren observerer, vurderer, planlegger, gjennomfører, evaluerer og dokumenterer. Slik sørger hun for at sykepleien blir individuelt tilpasset hver enkelt pasient og er av god kvalitet.

Som vi ser er det en del sammenfallende holdninger, verdier og målsettinger i sykepleie og musikkterapi. Mens sykepleien heller mer mot en naturvitenskapelig forståelse av pasienten, tenderer musikkterapien med i retning av en holistisk og humanistisk forståelse av pasienten.

2.4 Etiske retningslinjer

Det er naturlig for meg å ta utgangspunkt i de fire prinsippers etikk som baserer seg på litteraturen jeg tilegnet meg i løpet av sykepleierstudiet. De fire prinsippers etikk ble utviklet på 70-tallet i USA av en gruppe filosofer, jurister, teologer og leger. De hadde forskjellige livssyn og etiske grunnholdninger. Sammen ble de enige om fire prinsipper som var viktige når en skulle løse vanskelige medisinsk-etiske spørsmål. Hvert av dem defineres som en plikt:

Velgjørenhet – plikten til å gjøre godt mot andre

Ikke skade – plikten til ikke å skade andre

Autonomi – plikten til å respektere autonome personers beslutninger

Rettferdighet – plikten til å behandle like tilfeller likt (formell rettferdighet) og til å fordele ressurser rettferdig (Brinchmann, 2012; s. 85).

Fordelen med denne etiske tilnærmingen er at prinsippene er enkle å forstå og forholde seg til i konkrete situasjoner når en står overfor etiske dilemmaer. Spesielt relevant er dette for arbeidstakere som jobber tett med mennesker. Når en skal lese eller forstå situasjonen til en pasient ut fra prinsippbasert etikk, gjennomgår en situasjonens saksforhold og identifiserer dem som er etisk relevante med tanke på hvert enkelt prinsipp. Deretter vurderer en samlet de etisk relevante forholdene og hvilke av prinsippene som bør vektlegges mest i den konkrete situasjonen (Brinchmann, 2012; s. 94)

Yrkesetiske retningslinjer for musikkterapeuter kan også gi noen rammer for hvordan musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn skal forholde seg i forhold til etiske problemstillinger. Retningslinjene gjelder for alle musikkterapeuter med godkjent utdanning. Formålet med retningslinjene er blant annet å sikre et etisk forsvarlig nivå på yrkesutøvelsen av musikkterapi og å beskytte klienter mot skadelig behandling. “Musikkterapeuten skal være bevisst på musikkens egenart og virkning på mennesker, og på risiko for skadelig bruk og praksis” (MFOs forbundsstyre, 2017).

Generelt skal musikkterapeuten ta hensyn til alle berørte parter i sin praksis. Dersom betingelsene ikke tillater dette, skal musikkterapeuten vurdere om det er etisk forsvarlig å følge opp pasienten videre. Retningslinjene er underlagt gjeldende lovverk i aktuelle sektorer, i dette tilfellet, helsesektoren som reguleres av pasient- og brukerrettighetsloven og lov om helsepersonell. Medbestemmelse, likeverd, informert samtykke og personlig integritet er prinsipper som musikkterapeuten i sin yrkesutøvelse skal respektere (MFOs forbundsstyre, 2017).

2.5.0 Sosialpsykologiske perspektiver

Som menneske er vi del av et sosialt system (Røkenes & Hanssen, 2013). Et sosialt system er et sett av aktører og relasjoner mellom aktørene og deres egenskaper. I et system er delene gjensidig avhengig av hverandre. Endringer ett sted vil føre til en ubalanse som får konsekvenser for andre deler av systemet (Røkenes & Hanssen, 2013; s. 221-228). I et

musikkterapeutisk perspektiv kan systemisk tenkning knyttes til at en er sensitiv overfor konteksten.

... musikalsk mening oppstår i en transaksjon mellom en lytter og et framført musikkobjekt innenfor en spesiell situasjon. I denne trekantrelasjonen vil musikalsk mening endre seg om et av hjørnene i trekanten endrer posisjon, enten ved at personen har endret sine lyttestrategier, musikken endres (...) eller at framføringssituasjonen skifter (Ruud, 2008; s. 18-19)

I systemisk tenkning er fokus på konteksten og relasjonene heller enn på egenskaper hos enkeltindividene. Dersom vi vil endre på en atferd trenger vi å avdekke hvordan samspillet mellom individ og system fungerer. Konteksten virker også inn på samspillet mellom musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn og pasient og på relasjonen mellom kollegaer. Røkenes og Hanssen (2013) bruker begrepet metakommunikasjon om en kommunikasjon omkring kommunikasjonen. En slik metakommunikasjon kan være en hjelp til å endre samspillet i en relasjon med en pasient eller kollegaer.

Ulike individer har ulike roller i det sosiale systemet. Lauvås & Lauvås (2015; s. 66-67) definerer begrepet rolle som et sett av rolleforventninger knyttet til en bestemt stilling eller funksjon. De hevder at en rolle forutsetter en rollespesifikk atferd som blir utøvet av rolleinnhaveren. Normer er nært knyttet til forventninger om hvordan en skal handle i ulike situasjoner og er med på å regulere rolleatferden. Forventningene må ha en viss varighet og stabilitet for at de skal kunne regnes som normer. I stor grad er det omgivelsene som skaper rolleforventningene, men også rolleinnhaveren selv bidrar. Slike rolleforventninger gjelder både overfor pasienter og pårørende og overfor kollegaer. Rolleinnhaveren har alltid en viss frihet til å forme rollen. Selv om en ofte vil merke et ytre forventningspress om å utøve rollen i samsvar med ytre forventninger. I hvor stor grad rolleatferden blir akseptert av samarbeidspartnerne, er avhengig av både samsvaret mellom egne og andres rolleforventninger og av hvilket slingringsmonn i rolleutførelsen som andre vil akseptere. Lauvås & Lauvås (2015; s. 66-67) peker på at forventningspresset vil kjennes tungt når det er sprik mellom egne og andres rolleforventninger og det samtidig er strenge forventninger eller krav til vanlig rolleatferd.

2.5.1 Tillit

Intuitivt vet vi at tillit er helt nødvendig for å ta imot hjelp fra et annet menneske. For en pasient innebærer sykdom tap av tillit til egen kropp, funksjonsevne og fremtid. Dette fører til et økt behov for å ha tillit til andre. Filosofen Tian Sørhaug (1996; s. 22) hevder at begrepet tillit ikke er så lett å definere. Det er flytende begrep som bare får mening i sammenheng med konkrete situasjoner. Sørhaug kaller tillit er en ikke-materiell storhet som forutsetter en verden bak den synlige verden av opplevelser, følelser og muligheter som ikke er direkte empirisk observerbare (Sørhaug, 1996; s. 28). Sørhaug sammenligner tillit med å stole på en gave som enda ikke er gitt og på at denne gave vil bli gitt uten krav om gjenytelse (Sørhaug, 1996; s. 22).

Fugelli tegner et bilde av tillit som ”... det ”gudestoffet” som holder pasienter og legen sammen (...) Tillit er menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på” (Fugelli, 2001). Med andre ord: tillitens kjerne er en opplevelse av at mennesker og ting er pålitelige. Fugelli skiller mellom personlig tillit og sosial tillit. *Personlig tillit* handler om tillit mellom mennesker som har navn, følelser og ansikt. Denne tilliten må en aktivt gjøre seg fortjent til. *Sosial tillit* handler om å ha tillit til institusjoner, for eksempel helsevesenet. Den sosiale tilliten utvikles ikke bare mellom mennesker, men også via følelseløse, ansiktsløse abstraksjoner. Denne formen for tillit er ofte passiv og nedarvet. Begreper som er beslektet med tillit er trygghet, avhengighet, håp og forutsigbarhet (Aronsson, 2016).

I følge Fugelli (2001) innebærer tillit ofte å legge makten i hendene på en person eller et system, å overlate til makten å handle på mine vegne, til mitt beste. Dersom mennesker mister den grunnleggende tilliten til andre mennesker og institusjoner, vil de ta med seg forhåndslagret frykt inn i kliniker-pasient-forholdet (Fugelli, 2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter § 1-1 understreker også betydningen av tillit når noen mottar helsetjenester. Formålet med denne loven er nettopp å:

... bidra til å fremme *tillitsforholdet* mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, § 1-1, min utheving).

I noen situasjoner har ikke pasienten tilstrekkelig tillit til helsehjelpen og gjør mostand mot den. I slike tilfeller, og under spesielle omstendigheter, åpner pasient- og brukerrettighetsloven for bruk av tvang for å få gjennomført helsehjelpen. § 4 A-3 i loven slår fast at tillitsskapende tiltak skal være prøvd før tvang benyttes, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve slike tiltak. Loven presiserer at manglende kompetanse eller lav bemanning ikke skal hindre tillitsskapende tiltak dette. Det er spesielt viktig å unngå tvang overfor barn. De er ekstra sårbare for skremmende og vonde opplevelser. Tvang kan i seg selv oppleves som et tillitsbrudd. En konsekvens av dette kan være at barnet ikke utvikler en nødvendig grunnleggende tillit til helsevesenet (Fugelli, 2001), men tvang kan også få konsekvenser for tilknytningen og tilliten deres til andre mennesker og verden generelt (Grosse, 2012). Når barn er under 16 år, har foreldrene ansvar for barnet. Det vil si at foreldrene kan samtykke i at barnet blir behandlet selv om barnet selv nekter behandling. Synspunktene til barn mellom 12 og 16 år skal tillegges stor vekt (Helse- og omsorgsdepartementet, § 4-4, 2017). Barn over 16 år regnes som samtykkekompetente og kan i de fleste tilfeller selv bestemme om de skal motta helsehjelp eller ikke.

Johns (2008) bygger videre på Bordin (1994) og argumenterer for det hun kaller den terapeutiske alliansen i musikkterapi. Den blir bygget opp gjennom det en gjør i starten for å etablere et intersubjektivt fellesskap. En terapeutisk allianse er viktig for å lykkes med terapi (Røkenes & Hanssen, 2013). Den alliansen består av tre forhold der tillit inngår som et viktig ledd:

- En felles forståelse og enighet om målet med terapien.
- At terapeuten ivaretar klientens personlige ønsker for å hindre brudd i relasjonen.
- Gjensidig tillit og et emosjonelt bånd og en felles enighet om hva samværet skal handle om (Johns, 2008; s. 68-69).

Røkenes & Hanssen (2013) knytter tillit til betegnelsen, *en bærende relasjon*, en relasjon som bærer hjelpen og er en hjelp i seg selv. Når pasienten opplever en støttende, trygg og tillitsfull relasjon, knytter hun seg til hjelperen og blir dermed åpen og mottagelig for hjelp.

Grosse (2012; s. 40) argumenterer for at foreldrenes tillit og vilje til å ta sjanser kan overføres til barna. Hun begrunner dette med at barn etterligner foreldrene og at foreldre prøver å påvirke barnas holdninger. Dette er en form for primærsosialisering og har stor betydning for

hvordan barnets personlighet formes. Primærsosialiseringen skjer gjennom de som betyr mest for oss, de barnet har mest tillit til og har som sine rollemodeller. Senere i ungdomsårene kan venner bidra mest til primærsosialiseringen. Dette kan være et argument for å vinne tillit hos pasientens nærmeste, enten det er mor, far eller en god venn.

Aronsson (2016) hevder at tillit fører til mindre uro og tankene ikke flyr andre steder. Når vi kjenner tillit, tør vi gjøre det vi vil, ønsker og drømmer om. I motsatt fall kan vi si at en relasjon som er preget av mistillit til hjelperen, vil oppleves som utrygg og føre til frykt, ønske om flukt og mindre mottagelighet for hjelp (Røkenes & Hanssen, 2013). Tillit fører til at identiteten stabiliseres og at den sosiale verden føles forutsigbar og håndterbar, noe som kan redusere opplevelsen av stress og kaos og bidra til å redusere sykdom (Aronsson, 2016). Borgenhammer ser en sterk sammenheng mellom tillitsbrudd og emosjonelle, sosiale og somatiske lidelser. Han betegner disse lidelsene som ”tillitsbristsjukdommar” (Aronsson, 2016; s. 30, hentet fra Borgenhammer 1994).

3.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg presentere min strategi i arbeidet med denne undersøkelsen. Jeg vil starte med å presentere mitt vitenskapsteoretiske ståsted mitt før jeg går nærmere inn på valg av forskningsdesign og datainnsamling. Deretter presenterer jeg analyseprosessen og resultatene jeg har kommet frem til. Til slutt vil jeg komme med noen metodiske betraktninger med tanke på reliabilitet og forskningsetikk.

3.1.0 Kvalitativ tilnærming

Undersøkelsen min bygger på en kvalitativ forskningsmetode. Vitenskapsfilosofer har engasjerte seg i spørsmålet om hvordan mennesker har tilgang til hverandres verden.

Spørsmålet er

... innviklet fordi andres bevissthet ikke er faste synlige gjenstander slik våre vanlige erfaringsobjekter er. De er i seg selv intensjonale erfaringer og synes derfor kun tilgjengelig innenfra (Crossley 1996, i Thornquist 2003; s. 110).

Vi har dermed ikke direkte tilgang til hverandres bevissthet. Allikevel mener *Schutz* og *Merleau-Ponty* at ”vi mennesker er tilgjengelige for hverandre gjennom *interaksjon – både på kroppslig og språklig vis*” (Thornquist, 2015; s. 110)

En kvalitativ tilnærming egner seg godt til å få fatt i individuelle opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2017). I tillegg vil denne tilnærmingen gi anledning til å gå i dybden på de ulike interessante sidene ved de individuelle intervjuene og mulighet til å tolke dem på en dypere måte. Kvalitativ forskning gjenspeiler det humanistiske menneskesynet, et menneskesyn som er dominerende for norsk musikkterapi. Det egner seg også til å brukes som grunnlag for videre forskning. Med dette som bakgrunn vurderte jeg at en kvalitativ forskningsmetode ville egne seg best til å gi svar på problemstillingen min.

3.1.1 Hermeneutikk

Det ble naturlig å velge en hermeneutisk vinkling da jeg skulle gå i gang med undersøkelsen. I et hermeneutisk perspektiv er tekst en kontinuerlig utfoldelse av mening med det som blir

sagt (Kvale & Brinkmann, 2017). Her tolker forskeren data fra hvert intervju opp mot forskjellige perspektiver og viser likheter og forskjeller (Bruscia, 2005).

Kvale og Brinkmann (2017; s. 237) henviser til Radnitzky (1970) og nevner noen hermeneutiske forskningsprinsipper. Et av dem er *den hermeneutiske sirkel*, en spiral som åpner for stadig ny forståelse av meningen. Forskeren er i en veksling mellom del og helhet. Forskeren tar utgangspunkt i en intuitiv forståelse av teksten som helhet. I min undersøkelse tilsvaret dette transkripsjon av lydopptak. Her tolkes forskjellige deler av teksten og sees i relasjon til helheten. Måten fenomenet speiler seg i konteksten og konteksten speiler seg i fenomenet på, tas med i den hermeneutiske forskningsprosessen.

I tillegg opphører tolkningen når forskeren oppdager en ”god gestalt”, en indre enhet i teksten uten logiske motsigelser (Kvale og Brinkmann, 2017; s. 237, hentet fra Radnitzky, 1970). For å komme fram til dette tolker forskeren deler av i teksten og tester tolkningene opp mot tekstens gjennomgående mening. Det er viktig at forskeren ivaretar tekstens autonomi gjennom å forstå og formidle hva teksten selv sier om temaet uten å falle for fristelsen til å fremstille forskningen i en ønsket retning. Temaene i teksten formidles i lys av teoretiske perspektiver fra forskningslitteraturen.

Enda et prinsipp i hermeneutisk forskning dreier seg om at enhver forståelse er en bedre forståelse. Forskeren oppdager ikke bare det umiddelbart gitte fenomen, men oppdager også ulikheter og relasjoner i teksten. Slik utvides meningen. I tillegg tar forskeren med sin egen forforståelse og ser datamaterialet i lys av denne. Forskeren erkjenner denne forforståelsen og har et bevisst forhold til at egne spørsmål som stilles til teksten danner grunnlaget for svar (Kvale og Brinkmann, 2017; s. 237, hentet fra Radnitzky, 1970).

Jeg håper å ha lyktes med å følge de hermeneutiske prinsippene i analysen og når jeg har drøftet problemstillingen i lys av de svarene informantene ga meg. Det kan være verdt å gå litt nærmere inn på hvordan jeg forholdt meg til forforståelsen min.

Forforståelsen er summen av kunnskap og erfaringer forskeren sitter inne med i forkant av en undersøkelse (Malterud, 2017; s. 44). Jeg har vært bevisst om at min forforståelse vil ha innvirkning på hva jeg fanger opp av informantens opplevelser og ytringer. Jeg var klar over at min bakgrunn som sykepleier og min erfaring fra arbeid på sykehjem, samt i en praksis på

en barneavdeling under musikkterapistudiet ville ha innvirkning på min tolkning av de ulike utsagnene. Allikevel prøvde jeg å møte informantene så åpent og fordomsfritt som mulig og å undre meg sammen med dem.

I forkant av intervjuene reflekterte jeg over hvilken innvirkning rekkefølgen på intervjuene ville ha for min tolkning av disse. Her valgte jeg å intervju informantene med både musikkterapeututdanning og sykepleieutdanning først. Disse har førstehånds kjennskap til det jeg ville undersøke. Jeg var meg bevisst at å starte her kunne føre til at det dukket opp spørsmål jeg ikke hadde tenkt på før jeg intervjuet de andre informantene. Før jeg foretok oppfølgingssamtaler gjorde jeg et selvintervju (jf. Visst, 2009). Formålet med dette var å bli enda mer klar over min egen daværende forståelse av problemstillingen og temaene knyttet til den og bruke dette inn i de påfølgende telefonsamtalene med informantene.

3.1.2 Forskningsdesign – Semistrukturert intervju

Jeg valgte å bruke semistrukturerte intervju i den kvalitative forskningsmetoden.

Semistrukturert intervju brukes ofte i kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2017). I et semistrukturert livsverdenintervju er målet ”...å hente inn beskrivelser om den intervjuedes livsverden for å kunne fortolke betydningen av denne” (Kvale & Brinkmann, 2017; s. 22). Med livsverden menes informantens opplevelser, tanker, følelser og erfaringer. Kvale og Brinkmann ser intervjuet som noe intersubjektivt, og ettersom en livsverden er en verden mennesker deler, er resultatene noe forsker og informant har kommet frem til i fellesskap heller enn at det er noe forskeren henter inn (Kvale & Brinkmann, 2017).

Med mål om å få frem utfyllende informasjon om praksisnære situasjoner kan intervjueren stille åpne spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2017). På den måten kan informanten gi et utfyllende svar som kan hjelpe til å avdekke informantens opplevelse av verden. F.eks. "Hva er dine opplevelser knyttet til...?", "Hvilke erfaringer har du med...?" eller "Hvilke tanker har du om...?".

I stedet for utelukkende å fokusere på intervjuguiden, de metodologiske intervjureglene eller hva det neste spørsmålet skal være, kan forskeren være sensitiv for ledetråder som fører intervjuet videre på en fruktbar måte med henblikk på å besvare intervjuundersøkelsens forskningsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2017). Forskeren kan ta tak i en slik ledetråd og

stille oppfølgingsspørsmål. Kunsten å stille oppfølgingsspørsmål kan ikke spesifiseres på forhånd, men krever en fleksibel oppfølging på stedet. F.eks. kan forskeren spørre "Vil du utdype det?", "Har du et eksempel?" eller "Vil du si noe mer om det?".

Forskeren speiler informanten ved å parafrasere og gjenta utsagnet med andre ord og slik undersøke om forskeren har forstått informantens budskap. Eksempler på utdypende spørsmål kan være "Så du føler at...", "Det jeg hører du sier er at...", eller "Du har erfaring med at...". Dette gir informanten anledning til å bekrefte eller avkrefte, korrigere og utdype budskapet sitt ytterligere (Kvale & Brinkmann, 2017). Jeg prøvde å finne en balanse mellom parafrasering, oppfølgingsspørsmål, bekreftende småord, men også stillhet. Jeg håpet at dette ville gi informanten rom til å fortelle.

Det er vanlig å gjøre lydopptak (Kvale & Brinkmann, 2017). På den måten får forskeren anledning til å vie så mye som mulig oppmerksomhet til selve samtalen. Informanten kan kontakte forskeren i ettertid og korrigere eller legge til momenter. I og med at det dukket opp temaer jeg ønsket å få utdypet, ble det relevant for meg å ta kontakt med noen av informantene en tid etter intervjuene. Siden dette kun dreide seg om noen få spørsmål, valgte jeg denne gangen å ta notater underveis.

Intervjuguide og informert samtykke

Den åpne samtalen i det semistrukturerte intervjuet kan minne om en dagligdags samtale, men forskeren har bestemte tema samtalen skal dreie seg om. Dette reguleres blant annet ut fra en intervjuguide som forskeren har laget på forhånd (Kvale & Brinkmann, 2017). I arbeidet med intervjuguiden kom jeg frem til bestemte tema som jeg ville ta utgangspunkt i under intervjuene. I forkant av selve intervjuundersøkelsen gjorde jeg et prøveintervju. En medstudent med sykepleierbakgrunn var informant. Hensikten var å få testet ut intervjuguiden jeg hadde laget, få erfaring med å intervju, oppdage uforutsette momenter og foreta nødvendige justeringer.

Informert samtykke innebærer at deltagerne i undersøkelsen mottar informasjon om undersøkelsens formål, forskningsdesign og konsekvenser av deltagelse. Dette omfatter også informasjon om retten til å trekke seg ut av undersøkelsen når som helst, uten å oppgi grunn. I tillegg gir en informasjon om konfidensialitet og om hvem som får tilgang til materialet

(Kvale & Brinkmann, 2017). Det er vanlig å formidle denne informasjonen i en samtykkeerklæring. Denne skal gi informantene et kvalifisert grunnlag for å ta stilling til om de vil delta eller ikke. Dersom deltageren ut fra informasjonen finner ut at han/hun vil være med, skal de gi sitt samtykke til det. Dette vil være et gyldig samtykke som en kan bygge videre på. Med dette grunnlaget sikrer en at deltagerne blir med av fri vilje. Dette er viktig for å hindre at deltageren tvinges til å bli med mot sin vilje, eller blir med i en undersøkelse uten være klar over det. Informert samtykke har stor vekt med hensyn til individets åndsrett og kontroll med opplysninger om seg selv som deles med andre (Mohlin, 2008).

Før jeg gjennomførte de semistrukturerte intervjuene, utarbeidet jeg en samtykkeerklæring som jeg tok med til intervjuet. Informantene leste denne og skrev under. Jeg lot informanten få informasjon om konfidensialitet, anonymisering og om hva som skulle skje med opplysningene han/hun ga.

3.2 Utvalg av informanter

Et strategisk utvalg av informanter er satt sammen på en slik måte at datamaterialet best mulig skal belyse problemstillingen (Malterud, 2017; s. 58). Kvalitative studier bygger sjeldent på empiriske data fra mange kilder (f.eks. deltagere, intervjuer eller observasjoner). Allikevel kan et strategisk utvalg med god informasjonsstyrke gi et godt grunnlag for utvikling av kunnskap om mening og kjennetegn. Dette kan ha overføringsverdi ut over konteksten der studien blir gjennomført (Malterud, 2017).

Jeg hadde sju informanter. De var spredt i alder og kjønn og arbeidet i ulike landsdeler. Kriterier jeg satte for utvelgelsen var at alle skulle ha erfaring fra arbeid på barneavdeling. De måtte være musikkterapeuter med sykepleierbakgrunn, eller sykepleiere eller avdelingsledere med erfaring fra samarbeid med musikkterapeut. Ved å bestemme meg for disse utvelgelseskriteriene så jeg for meg at jeg ville innhente et bredt spekter av perspektiver fra personer med erfaring fra praksis og personer som representerte eventuelle kollegaer til musikkterapeuten.

3.3.0 Innsamling av data

Innsamlingen av data ble gjort i en periode på sju måneder, fra juli 2017 til februar 2018. Jeg vil nå gå nærmere inn på hvordan jeg gjennomførte intervjuene og transkriberte datamaterialet.

3.3.1 Intervjuer

I undersøkelsen gjennomførte jeg åtte semistrukturerte intervjuer, ett prøveintervju og sju hovedintervjuer. Intervjuenes lengde varierte fra cirka 45 min. til 1 t. og 20 min. I tillegg hadde jeg oppfølgende samtaler over telefon med tre av informantene. Disse samtalene varte fra 10 til 20 min. Jeg gjorde lydopptak av intervjuene for å slippe å gjøre notater underveis og for å kunne konsentrere meg mest mulig om samtalen. Jeg brukte lydopptakeren Zoom H1 og min Macbook samtidig. Intervjuene ble gjennomført henholdsvis på informantens arbeidssted og på Norges musikkhøgskole. Av praktiske grunner ble noen av intervjuene også gjennomført på kaféer etter informantens ønske. Dette kunne komme i konflikt med konfidensialiteten, men her valgte jeg å gjøre en helhetsvurdering der informantens ønske ble respektert. I etterkant av intervjuene lyttet jeg til opptakene og transkriberte dem.

Jeg forsøkte å legge vekt på å hjelpe informanten til å få fram sine egne meninger, erfaringer og sin individualitet. Dette står i stil med kjennetegnene ved kvalitativt rettet forskning der det individuelle, spesielle og særegne vektlegges. Jeg registrerer at noen trekk fra informantens utsagn går igjen og eventuelt kunne få en mening ut fra en kvantitativ tenkemåte. Kanskje er enkelte perspektiver mer vanlige enn vi tror?

3.3.2 Transkribering

Formålet med transkripsjonen var å kunne overføre meningen i intervjupersonenes utsagn fra en muntlig samtale til en skriftlig tekst der informantens historier presenteres. Når et materiale struktureres i tekstform, blir det i tillegg lettere å få oversikt, og struktureringen er i seg selv en begynnelse på analysen (Kvale & Brinkmann, 2017). Jeg var klar over at måten intervjuet ble transkribert på til en viss grad ville avhenge av min tolkning av lydopptaket. Det er flere måter å transkribere på. Da det ikke finnes en sann objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form, hevder Kvale og Brinkmann det er umulig å si hva som er en korrekt måte å

transkribere på. I stedet foreslår de å stille seg spørsmålet: ”Hva er en nyttig måte å transkribere på for min forskning?”.

Når jeg har transkribert, har jeg notert latter, sukk og lengre pauser. Jeg har også notert ned at den ene avbryter den andre der dette har skjedd mer enn tre ganger i løpet av intervjuet. Dette mener jeg kan si noe om oppfatningen til informantene. Jeg har også uthevet i kursiv eller fet skrift enkeltord jeg oppfatter at informantene betoner, for eksempel dersom volumet på ordet er spesielt sterkere eller diksjonen tydeligere enn talen ellers. Jeg har utelatt ord som ”eh”, ”mmm” og ”ja” der jeg oppfatter disse som en hjelp til å tenke eller oppmuntre den andre. Men når jeg oppfatter ”ja” og ”mm” som er en bekreftelse på et utsagn, har jeg notert det. Det samme gjelder når disse ordene kommer i begynnelsen av en setning.

Når jeg henviser til en deltager med utdanning som *musikkterapeut* og *sykepleier*, skriver jeg informant MS1, MS2 og MS3. Her kunne jeg ha anonymisert ved å skrive informant K1 osv., der K ville stått for *kombinasjon*. Det ville imidlertid være vanskelig de tre musikkterapeutene med sykepleierbakgrunn under en slik entydig benevnelse. Ingen av dem hadde den samme oppfatningen av å ha en kombinasjonsrolle. Etter overveielse kom jeg derfor frem til at dette ville stå i strid med respekten for informantene og undersøkelsens validitet. Når jeg derimot anonymiserer med bokstavene *MS* for *musikkterapeut* og *sykepleier*, mener jeg det åpner for en nyansert tolkning og dermed mer troverdige resultater. Når jeg viser til de tre *sykepleierne* som jeg intervjuet, skriver jeg informant S1, S2 eller S3, der S står for sykepleier. Når jeg henviser til *avdelingsleder* skriver jeg informant L, der L står for leder.

3.4.0 Analyse

Etter at jeg hadde foretatt intervjuene og transkribert dem satt jeg igjen med ca. 8 timers lydopptak og ca. 100 sider transkribert materiale. I det følgende vil jeg beskrive analyseprosessen, presentere resultater og avslutningsvis komme med noen metodiske betraktninger.

3.4.1 Meningsfortetning og analyseprosess

Med formål om å komme frem til en nyttig analysemetode, leste jeg meg opp på teori om analyse, og jeg har i stor grad valgt å lene meg på en fenomenologisk basert

meningsfortetning i fem trinn (Kvale & Brinkmann, 2017). Jeg lot meg samtidig inspirere av *Grounded Theory* (GT) og *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA). Mens *Grounded Theory* legger vekt på å utvikle teori som skal være godt forankret i empiriske data og der forskeren har et induktiv utgangspunkt med begrenset teoretisk forhåndsforståelse, bygger *Interpretative Phenomenological Analysis* på en fenomenologisk filosofi og brukes til å vinne innsikt i hvordan en gitt person, i en bestemt kontekst, forstår et gitt fenomen (Malterud, 2017; s. 95).

Jeg satt inne med kunnskap om både utdannelsen i sykepleie og musikkterapi, men hadde begrenset kunnskap om *kombinasjonen* av disse. Jeg tok en induktiv holdning. Jeg antok at jeg ville få en utvidet forståelse av kombinasjonen gjennom de utvalgte informantene. Dette har vært mitt bakteppe i arbeidet med analysen som jeg her vil gå nærmere inn på ved å vise hvordan jeg har anvendt de fem trinnene i en meningsfortetting.

”Først leser en hele intervjuet og får en følelse av helheten”. (Kvale & Brinkmann, 2017; s. 232). Jeg satte meg ned med intervjuet og diverse pinner og markeringstusjer i forskjellige farger og leste grundig gjennom alle intervjuene. Hver gang jeg kom over noe interessant eller noe jeg ville merke meg eller så et mønster, markerte jeg dette og tok notater i marginen med spørsmål, nye hypoteser eller sammenhenger jeg så. Jeg prøvde å beholde det overordnede perspektivet mitt uten å grave meg ned i detaljer som kanskje ikke var relevante for problemstillingen og formålet med undersøkelsen.

“Deretter bestemmes de naturlige ”meningsenhetene” av forskeren slik de uttrykkes av intervjupersonen” (Kvale & Brinkmann, 2017; s. 232). Jeg stilte meg følgende spørsmål da jeg skulle konstatere hva informantene faktisk mente: ”Hva kommer frem av ulike perspektiver i løpet av dette intervjuet?” Jeg forsøkte å få fatt i den umiddelbare meningen i utsagnene slik at jeg kunne se fenomenene slik de trådte frem uten å hverken tolke eller å legge noen eventuell bakenforliggende betydning til utsagnene.

Det tredje trinnet består i å uttrykke temaet som dominerer den naturlige meningsenheten så enkelt og klart som mulig og tematisere uttalelsene ut fra intervjupersonens synsvinkel, slik forskeren fortolker denne (Kvale & Brinkmann, 2017; s. 232). Basert på meningsenhetene jeg hadde kommet frem til i andre trinn, kom jeg frem til tolv hovedtemaer der noen av disse også

hadde underkategorier. Temaer som kan nevnes her var blant annet kombinasjonsrollen, kollegasamarbeid og relasjon og kommunikasjon med pasienten.

“I det fjerde trinnet undersøkes meningsenhetene i lys av undersøkelsens spesifikke formål” (Kvale & Brinkmann, 2017; s. 232). Formålet med denne oppgaven var å undersøke ulike perspektiver på kombinasjonen av rollene musikkterapeut og sykepleier i arbeid med barn på sykehus. Kvale og Brinkmann (2017) fremhever i lys av hermeneutiske prinsipper at fortolkningen rekker utover det umiddelbart gitte fenomen og beriker forståelsen. Dermed utvides også dens mening. I arbeidet med tolkning og analyse foreslår de å stille spørsmål til teksten. Jeg stilte dette spørsmålet til teksten: ”Hvilke perspektiver har informantene på kombinasjonen av rollene musikkterapeut og sykepleier i arbeid med barn på sykehus?”. I arbeid med dette spørsmålet så jeg klarere hva som var relevant med tanke på formålet. Jeg lagde en tabell med kategoriene: *hindringer*, *muligheter*, *kollegasamarbeid* og *samarbeid*, og *relasjon* og *kommunikasjon med pasienten*. En del av informantenes utsagn ble plassert inn i tilhørende kategori, men på dette stadiet opplevde jeg å ha fått såpass god oversikt over materialet og de ulike utsagnene at jeg anså det ikke som nødvendig å fortsette å plassere alle utsagnene inn i tabellen. Kategoriene *hindringer* og *muligheter* sto klart for meg, mens jeg var mer usikker på hvordan jeg skulle forstå de andre. Jeg kunne kalt det *utfordringer*, men jeg oppfattet en nyanseforskjell mellom de to begrepene siden det også kan ligge en *mulighet* i en *utfordring*.

3.4.2 Resultater

Etter drøfting og samtaler med veileder festet jeg meg spesielt ved noen kategorier som jeg mener er særlig relevante siden de kaster sterkt lys over problemstillingen min. I tillegg legger de ikke føringer for verken hindringer eller muligheter. Kategoriene er:

1. **Betydningen av tillit.** Herunder kommer temaene *oppbygging av tillit*, samt eventuelle *tillitsbrudd* i relasjon og kommunikasjon med pasienten og hans/hennes familie, og til kollegaer.
2. **Betydningen av tid.** Her drøftes *subjektiv tid* opp mot *klokketid* som grunnlag for *mental tilstedeværelse* i utøvelse av rollen.

3. **Betydningen av synergieffekten.** Herunder temaene *to roller som forsterker hverandre* og eventuelt *kollegaer som forsterker hverandres ytelser*.
4. **Betydningen av stillingsbetegnelsen.** Herunder *musikkterapeut, sykepleier, eller spesialsykepleier*.

Kategoriene handler om komplekse eksistensielle forhold som informantene har hatt en sterk opplevelse av. De henger tett sammen og danner en enhet, en livsverden. Med denne bevisstheten om kompleksiteten i den enkelte informants livsverden gjør jeg i drøftingsdelen rede for hver enkelt av kategoriene i lys av informantenes utsagn, forskningslitteraturens perspektiver og mine egne perspektiver og tolkninger. Her kommer analysens femte trinn til uttrykk, ”På det femte trinnet blir de viktigste emnene i intervjuet bundet sammen i et deskriptivt utsagn”. (Kvale & Brinkmann, 2017; s. 232)

3.5.0 Metodiske betraktninger

3.5.1 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet og validitet handler om i hvilken grad funnene har overførbarhet til andre sammenhenger enn der studien er gjennomført. ”Forskeren skal overveie validiteten av hva studien forteller noe om og hvilken overførbarhet disse funnene har ut over den sammenhengen der studien er gjennomført” (Malterud, 2017; s. 23). Undersøkelser basert på en kvalitativ metode regnes for å ha lav validitet. Grunnen er at de bare bygger på et lite utsnitt av virkeligheten og individuelle menneskers livsverden. For å vurdere reliabiliteten og validiteten av undersøkelsen min stilte jeg følgende spørsmål: hva gir metoden og materialet grunnlag for å si noe om? Og i hvilken grad kan resultatene generaliseres til andre sammenhenger? (Malterud, 2017; s. 23).

Undersøkelsen min er basert på mine tolkninger av informantenes utsagn og danner grunnlag for min drøfting fra ulike sider. Materialet er et resultat av mine valg, min forforståelse, min tolkning og min analysekompetanse. En annen forsker ville kommet frem til andre resultater selv om informantene var de samme. Hvordan informantene har oppfattet mine spørsmål, og hvilken oppfatning de har av begrepene rolle, musikkterapi og sykepleie kan også variere, noe som gir mulighet for at min tolkning ikke samsvarer med hvordan informantene oppfatter

disse begrepene. Allikevel trenger ikke dette å være en svakhet ved forskningen min siden utsagnene er belyst fra ulike sider.

Resultater som kan la seg overføre fra denne undersøkelsen til andre sammenhenger enn de jeg har behandlet her, dreier seg om tydelighet, om å ikke skjule relevant bakgrunn, to kompetanser er en styrke, om å holde fast ved betydningen av tillit og relasjon som viktige elementer i relasjon med klienter og kollegaer. Erkjennelsen av den betydningen metakommunikasjon og refleksjon kan ha, vil også være mulig å overføre til andre kontekster. Det samme gjelder muligheten for arbeidstakere til å være med på å utforme en arbeidsavtale. Og ikke minst betydningen av å avklare forventninger til en rolle og diskusjonen om lønn til tilsvarende arbeidstakerens kompetanse.

3.5.2 Etikk i rollen som forsker

I kvalitativ forskning er det en sterk sammenheng mellom etikk og metode. Det er også bred enighet om behovet for konfidensialitet og tillit og om ikke å skade andre på noen måte gjennom forskningsarbeidet en utfører (Mohlin, 2008, hentet fra Ryen 2002). I forkant av undersøkelsen min var jeg i kontakt med NSD for å avklare om jeg hadde meldeplikt i forhold til hvordan undersøkelsen skulle gjennomføres. Her fikk jeg klarsignal om å gjennomføre arbeidet uten å sende egen melding til NSD. Videre ble konfidensialiteten ivaretatt ved at personidentifiserende opplysninger ble fjernet fra transkriberte data og fra det ferdige materialet. For å sikre datamaterialet ble intervjuer og transkriberte data samlet på minnepenn og ekstern harddisk og oppbevart i låst skap.

Et etisk dilemma jeg støtte på var hvordan jeg skulle fremstille informanten i undersøkelsen min. Jeg ville gjerne at individets egen stemme skulle få plass i teksten. På den andre siden blir det sett på som mest etisk riktig å skjule individet. Der en generaliserende undersøkelse lettere vil kunne gjemme enkeltindividet, kunne min undersøkelse, som baserer seg på et lite utvalg og et gjennomsiktig miljø hvor jeg har fått presentert detaljerte beskrivelser, innebære en risiko for å avsløre individet (Mohlin, 2008). Dette har jeg tatt med i beregningen i det jeg har lagt vekt på å anonymisere beskrivelsene, for eksempel dem som knytter seg til informantens arbeidssted. Dette har jeg gjort med henblikk på oppgavens formål, å få frem informantenes generelle og spesielle holdninger, oppfatninger og meninger om kombinasjonsrollen mellom sykepleie og musikkterapi. Jeg tok også hensyn til etiske

problemstillinger som kan oppstå blant annet ved den innvirkningen samtalen ville ha på informanten. I tillegg var jeg bevisst om makten jeg hadde når jeg styrte samtalen og muligheten for å manipulere informanten til å bekrefte eller avkrefte forhold ut fra mine egne ønsker om bestemte resultater av undersøkelsen.

4.0 Drøfting og analyse

I dette kapittelet skal jeg drøfte problemstillingen min fordelt over disse fire kategoriene: *betydningen av tillit, betydningen av tid, betydningen av synergieffekten og betydningen av stillingsbetegnelsen*. Problemstillingen min er

Hvordan kan musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn kombinere de to yrkesrollene i arbeid med barn på sykehus? Og hva kan en slik kombinasjon bety i relasjon med pasienten og i samarbeid med kollegaer?

Problemstillingen blir belyst av forskningslitteratur og sett fra mitt ståsted. Fortløpende i teksten vil jeg presentere informantenes utsagn som illustrerer og underbygger min tolkning. Til slutt kommer en oppsummering og konklusjon av kapittelet.

4.1.0 Betydningen av tillit

Samfunnet og vårt samvær og samarbeid med andre baserer seg i stor grad på tillit. Tillit er noe som en må gjøre seg fortjent til. For en ansatt er det viktig å stole på at kollegaer gjør jobben sin. For en pasient er det viktig å ha tillit til at helsevesenet ivaretar ens liv og helse på best mulig måte. Et resultat av intervjuene ble nettopp betydningen av tillit. Musikk og sang som tillitsskapende tiltak er et interessant tema som det kan være vel verdt å se nærmere på. Jeg har gått nærmere inn på hvilken forståelse informantene har av dette. Informantene problematiserer hvordan det å være sykepleier og musikkterapeut overfor samme pasient kunne føre til et tillitsbrudd. Noen av dem fremhever hvordan sykepleierbakgrunnen kan vekke tillit hos både foreldre og kollegaer. Det ser ut for å kunne forsterke tilliten til rollen som musikkterapeut.

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for informantenes oppfatninger av tillitens betydning når det gjelder å kombinere rollen som sykepleier og musikkterapeut. Jeg starter med å presentere betydningen av tillit i relasjon med pasienten før jeg går videre til tillitens betydning i samarbeidet mellom kollegaer.

4.1.1 Tillit i relasjon med pasienten

I enhver jobb som involverer mennesker, vil en støte på muligheten for tillitsbrudd. Basert på resultater fra intervjuene ble jeg gjort oppmerksom på denne muligheten: En person er ansatt på en avdeling som sykepleier og har et prøveprosjekt med musikkterapi to dager i uken. På musikkterapidagene skaper hun et trygt rom, et slags fristed for pasienten. Men som sykepleier følger det også med noen potensielt smertefulle og ubehagelige prosedyrer. Hvordan skal denne sykepleieren løse dette uten å bryte tilliten som er bygget opp på musikkterapidagene, og komme i skade for å ødelegge det trygge rommet pasienten har fått?

Det er bred enighet om at relasjonen mellom behandler og pasient har stor innvirkning, på resultatet av et terapiforløp. Relasjonen ser ut for å være viktigere enn selve metoden (Røkenes & Hanssen, 2013). Hvis dette er tilfellet, er det relasjonskompetansen til musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn, heller enn en selve yrkesrollen som bør ligge til grunn for møtet med pasienten og hans/hennes foreldre. Informant S2 mener en sykepleier bør strekke seg mot å gjøre så mye som mulig på pasientens premisser, men dersom det ikke går, må en av og til bruke litt tvang. Noen ganger får sykepleiere rett og slett ikke til å hjelpe pasienten uten bruk av ubehagelige prosedyrer og en paternaliserende holdning. Det er noe som automatisk følger av rollen av som sykepleier fordi sykepleiere har en plikt til å yte helsehjelp. Pasienten kan på den måten få en aversjon mot sykepleieren, noe som kan komplisere tillitsforholdet og mottageligheten for hjelp senere i behandlingsforløpet. Ofte har ikke sykepleiere tid til å bygge tilliten opp igjen heller slik at relasjonen kan bære den potensielt ubehagelige, men ofte nødvendige hjelpen som tilbys. Noen ganger blir det kanskje heller ikke prioritert. For som informant MS1 fremholder, har en veldig mange oppgaver som skal gjøres og det kan være lett å objektivere pasienten: ”Det er jo ikke til å stikke under en stol at vi kalte pasienten for en arm, eller en skulder” (MS1). Det finnes sykepleiere som klarer å skape bærende relasjoner med mange pasienter. Andre sykepleiere kan komme til å be denne sykepleieren om å ta hånd om en pasient fordi de har sett at hun har en bærende relasjon til pasienten. I så fall vil også denne relasjonen settes på prøve.

Dette står i kontrast til den humanistiske tilnærmingen innen musikkterapi der en i størst mulig grad vil at pasienten kan være i førersetet. På den måten kan pasienten oppleve et tillitsbrudd dersom musikkterapeuten med sykepleierutdanning kommer inn som musikkterapeut på mandag, for så å komme inn som sykepleier på tirsdag for å sette en

sprøyte. Informant S3 er oppmerksom på denne uheldige rolleblanding og ser det som et stort hinder for kombinasjonen av rollene som musikkterapeut og sykepleier. Informant L tror et slikt tillitsbrudd kan føre til økt bruk av medikamenter hos pasienten.

Det ser allikevel ikke ut for at det beste er å skille rollene helt. Her kommer det frem nyanser. I stilling som sykepleier brukte informant MS2 musikkterapeutiske elementer og hjalp et barn å roe seg ned:

... et lite barn var i kontakt med legevakten og hadde pusteproblemer, så han måtte ha en inhalasjon. Og det var vel egentlig første gangen jeg brukte elementer av musikkterapi. For han var så utrolig redd, og foreldrene var så veldig redde, og han bare *måtte* ha den inhalasjonen, og da sang jeg og forsøkte å hjelpe ham å puste og roet ham. Det fungerte veldig bra, og da var det fint å ha den kombinasjonen. Det ga trygghet i begge rollene faktisk. Men også til foreldrene. Det gikk veldig fint takket være de musikkterapeutiske elementene der jeg sang og improviserte (MS2).

Sannsynligvis hadde sangen en innvirkning på relasjonen slik at pasienten fikk tillit til henne. Ruud (2018) hevder at det skjer en gjensidig musikalsk tilpasning, samtidig med en regulering av følelser. Informant MS3 sin evne til å tone seg inn på pasientens følelser kan i dette eksempelet ha vært en viktig kompetanse. Pasienten kan via musikken ha følt seg sett, anerkjent og bekreftet. På den måten opplevdes det trygt nok å ta imot inhalasjonen. Vi kan heller ikke utelukke den fysiologiske innvirkningen av musikken som årsak til at pasienten roet seg ned og fikk puste bedre. Det er ikke sikkert en sykepleier uten musikkterapiutdanning ville greid å hjelpe barnet på samme skånsomme måte. Da foreldrene så hvilken avgjørende betydning musikken fikk for deres barn, kan de ha fått tillit til musikkterapi som fag. Dette kan ha virket positivt inn på relasjonen mellom informanten, pasienten og foreldrene. Informant S3 mener at for å skape tillit til pasienten kan det være et poeng å gå inn via foreldrene ved å skape tillit til dem først. ”Er ikke foreldrene trygge er ikke barna det heller. Det er ekstra viktig med de små barna som måler foreldrene med blikket” (S3). Kanskje det at foreldrene ble trygge, smittet over på pasienten. Dette støttes av Grosse (2012; s. 40) som argumenterer for at foreldrenes tillit og vilje til å ta sjanser kan overføres til barna. Betydningen av primærsosialisering kan være et argument for å forsøke å vinne tillit hos pasientens nærmeste, enten det er mor, far eller en god venn. Fugelli (2001) hevder at for å vinne tillit hos pasienten kreves det en fordeling av makt. I dette tilfellet innebærer en

fordeling av makt at alle parter føler seg møtt på en god måte. Klinikeren, som ekspert på fagene (musikkterapi og sykepleie), og pasienten (barnet og foreldrene), som ekspert på sykdomsopplevelsen og barnets liv, møtes, utveksler kunnskap og deler makt. Slik kan vi skape tillit hos foreldrene for så å vinne tillit hos barnet.

En kunne kanskje si at musikkterapi var et sykepleiertiltak. Det er en fare for at en ikke vil lykkes når en kombinerer rollene på det praktiske planet. Noen informanter ser det som et problem å måtte kjøre slalom mellom de ulike rollene og er redd for å skape tillitsbrudd når sykepleieren opptrer i rollen som musikkterapeut. Dette kan føre til at pasienten går glipp av potensialet i musikkterapi. Det trengs tillit og trygghet i relasjonen for å gjøre det mulig å arbeide med andre musikkterapeutiske målsettinger. Dette dreier seg om de emosjonelle, mellommenneskelige, åndelige og økologiske behov som musikkterapeutrollen skal imøtekomme (Bruscia, 2014; s. 216-219). Spørsmålet er om den medisinske behandlingen kan komme til å gå på bekostning av disse andre målsettingene. Er det pasienten eller er det selve det medisinske tiltaket informant MS3 støtter opp om. Dette vil reise nye spørsmål om hvilket verdisyn en har i kombinasjonsrollen. Er relasjonen det viktigste, eller er det den medisinske behandlingen? Her ser vi at sykepleierrollen kan være begrensende for musikkterapeutrollen.

Kanskje musikkterapeuten med sykepleierutdanning har en fordel når det kommer til å skape tillit hos pasienten? En kunne være fristet til å be noen andre om å ta hånd om den pasienten som trenger en intramuskulær injeksjon eller en illeluktende mixtur. Ulempen ved å bare la noen andre ta seg av den pasienten være at pasienten gikk glipp av en trygg og skånsom tilnærming, som kunne vært et potensielt tillitsskapende tiltak. Det beste var kanskje at rollen var klart definert og at en slapp å velge slik at sykepleierrollen ikke motvirket musikkterapeutrollen, men at begge i stedet virket positivt inn på hverandre. Noen ville kanskje se for seg at det beste ville være om en var 100% musikkterapeut eller 100% sykepleier for å ivareta tillitsforholdet. Dette reiser imidlertid nok et spørsmål: Hva vil det si å være 100% musikkterapeut eller 100% sykepleier?

Pearson (2018) refererer til Bruscia (1998) som hevder at å definere musikkterapi er en integrert del av det å være musikkterapeut. Videre hevder Bruscia at en utfordring ved å definere musikkterapi er at det bygger på flere fag, blant annet filosofi, psykologi,

musikkvitenskap og samfunnsfag. Til sammenligning bygger sykepleie på kunnskap om anatomi, fysiologi, mikrobiologi og relasjons- og kommunikasjonsteori.

Informant MS2 kombinerte rollene på det praktiske planet i stilling som sykepleier. Da brukte hun mer sporadisk det hun heller vil kalle en form for musikkpreferanser. Hun er ikke sikker på om en kan en kan kalle det hun holdt på med for musikkterapi. Informant MS3 hevder at ”Alle kan synge og spille. En musikkterapeut gjør noe annet, hun gjør mer”. Informant MS1 opplevde på sin side å ta ansvar for det miljøterapeutiske på avdelingen hun kombinerte rollene på. Her hendte det at hun sang og spilte med pasienten på stua. I en pediatrik kontekst ville musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn jobbet med pasientens økologiske helse, som en slags kulturarbeider, heller enn med pasientens fysiske og psykiske helse. Og kanskje ville det være lettere å kombinere rollene på det praktiske planet på den måten. Men dersom det var tilfellet, ville mange pasienter kanskje ha gått glipp av en mer individuell oppfølging av den fysiske og psykiske helsen, fordi en ikke så sterkt inngår i en tillitsfull relasjon.

Pearson (2018) refererer til Stige (2012; s. 183) som foreslår begrepet ”health musicking”. Health musicking kan sees på som en bred definisjon for bruk av musikk til å regulere følelser og fremme velvære. Kanskje ville det passe å plassere den formen for musikk som benyttes når rollene kombineres overfor samme pasient, under begrepet ”health musicking”?

Musikkterapeutene som hadde sykepleierbakgrunn formidlet et bredt spekter av musikalske innfallsvinkler i samspill med pasientene. Eksempler de nevner improvisasjon, sangskrivning, fantasireiser, trappekonsserter eller å spille helt stille, som eksempler. Informant MS1 forteller:

Dette er jo en stund ute i forløpet selvfølgelig. Når relasjonen er på plass. Spesielt barn som er på isolat. Kunne reise. Flyte. Veldig mange som er glad i det. Ut å sveve over byen. Så kan vi se forskjellige ting. Og så bruker vi instrumentene til å lage lydeffekter.

Informant MS1 kommer på mange situasjoner der utdanningen som musikkterapeut har bidratt til å skape tillit overfor pasienter i hennes stilling som sykepleier. Hun forteller:

Jeg var på jobb hvor det var en pasient som ikke ville ta medisinene sine. Da begynte jeg å synge, og etter halvannet minutt kanskje, så var hun såpass fokusert på sangen og

deretter fokusert på meg, sånn at kontakten var trygg nok til at hun kunne svelge unna sine tabletter.

Informant S3 foreslår også at musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn i en kombinasjonsrolle kunne komme inn til pasienten som ”den andre”. ”Vi er ofte to sykepleiere som går inn til pasienten, der den ene utfører prosedyren, mens den andre avleder” (S3). Informant S2 foreslår at personen i kombinasjonsrollen kan sunget, der en sykepleier kanskje ville leke med pasienten for å tilnærme seg og vinne tillit. Musikkterapeutene med sykepleierbakgrunn leker også med pasienten. For å bygge en relasjon til pasienten spilte MS3 kort på isolat. MS1 forteller: ”Jeg er ikke så opptatt av at det skal være musikk i. Det viktigste er at barnet har det bra og stort sett er glad” (MS1). MS1 har erfart at en vinnerstrategi når det gjelder å skape tillit, har vært å lete etter småting som forteller noe om hva barnet interesserer seg for. ”Alt er avhengig av alder selvfølgelig, men med de yngste, alltid begynne med et felles fokus og snakke om noe utenfor barnet”.

Sykepleierne brukte i variende grad sang og musikk for å skape tillit hos pasienten. Dette ser ut for å ha sammenheng med hvor komfortable de selv kjenner seg med det. En informant ga uttrykk for at hun knapt bruker det. En annen sa hun ofte bruker musikk med barna. Det kan være kjente barnesanger som ”Lille Petter edderkopp” og ”Bjørnen sover”. Hun erfarte at dette bidro til å skape tillit. En tredje sykepleier hadde snappet opp et barns spesielle sangpreferanse og brukte ofte denne sangen samtidig som hun danset for å vinne inn til pasienten.

4.1.2 Tillit i relasjon med kollegaer

I samarbeid med kollegaer tar vi mange ting for gitt. Dette er nødvendig for at vi skal kunne konsentrere oss om den jobben vi er satt til. En sykepleier vil kanskje tenke: jeg trenger å stole på at du bidrar til å utføre sykepleieroppgavene. Avdelingsleder trenger å stole på at den ansatte bidrar positivt inn i arbeidet. Den ansatte trenger å stole på at ledelsen stoler på at den ansatte gjør en nyttig jobb. Med tillit vil en kanskje kunne løse den utfordringen flere av informantene belyser, som går ut på å være musikkterapeut og sykepleier overfor samme pasient, uten kontrollstyring fra høyere nivå, men ved å danne seg en felles forståelse via felles refleksjon.

Cathy Ibberson (2005), musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn, kombinerte rollene på et barnehospice i England. To og en halv dag i uken jobbet hun primært som sykepleier, og to og en halv dag jobbet hun som musikkterapeut. Hun opplevde nesten aldri noe problem i samarbeidet med kollegaer. Som regel slapp hun å være både musikkterapeut og sykepleier overfor samme pasient.

Når vi snakker om tillit, er det nærliggende å snakke om forventninger. Informant S2 forventer at en person i kombinasjonsrollen vil vært en stor ressurs for avdelingen. Hun forutsetter at musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn gjør alle de samme oppgavene som sykepleierne. For å kombinere rollene kan hun på begynnelsen planlegge hvilke sykepleieroppgaver som skal gjøres. Om det er noe tid til overs, kan hun ha musikkterapi med pasientene. Dersom det koker på avdelingen, tar hun det som en selvfølge at musikkterapien må vike. Her ser det ut for at informant S2 har tillit til at musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn stiller opp og tar i et tak, samtidig som personene beriker kompetansenivået generelt på avdelingen. Dersom disse forventningene ikke blir innfridd og det ikke blir gjort en rolleavklaring, kan det oppstå tillitsbrudd og gnisninger i personalet. Kollegaer kan oppleve det som om musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn unnlater å gjøre sykepleieroppgaver for å utøve musikkterapi. Informant S1 forteller:

etter x antall år i dette helsevesenet, så tenker jeg at det er veldig mye sånn misunnelse eller ”åh, hun får alltid bare sitte der og spille!”. Det tenker jeg at kan dukke opp hvis en ikke har en forståelse for at sånn skal det være. Det handler om erfaring med å jobbe med [...] med disse gutta [...] som kunne synes det var kjempegøy å sitt og spille med disse ungene, og det var jo på en måte en bra ting, og samtidig så var du dritirritert fordi de ikke rydda og ikke gjorde de oppgavene. Jeg tenker en trenger en klar og tydelig ledelse. På en måte at, okay, vet du hva, hun er ansatt for å også bruke den [musikkterapien], og jeg tenker at hvis ting kommer litt sånn poengtert, kan det være med på å forebygge at det kan bli gnisninger, for jeg tror at det kan det bli hvis en ikke ser veldig tydelig at det har en effekt.

Aronsson (2015; s. 28) forklarer at ”opplevelse av kontraktsfornædringer och kontraktsbrott kan betyda att grundleggande tillit erstättas av grundleggande misstro, minskad fremtidstro och arbetsmotivation”. Dersom mistillit får rotfeste, kan dette få konsekvenser for

samarbeidet. Informant S1 mener at ”det er en litt sånn avveining, at de andre også syns at det er greit på en måte”. Informant S3 har en liknende oppfatning:

Jeg tror absolutt gnisninger kan oppstå, og det er veldig synd, men en blir liksom seg selv litt nærmest, og så tenker en ikke nødvendigvis over at andres oppgaver, hvor viktige de er da. At en ikke helt forstår kanskje, hvilken jobb det faktisk er.

Tillit og rolleavklaring ser ut for å henge sammen. Begge ser ut for å være viktige verdier som stadig forutsetter oppmerksomhet og bekreftelse, men at en også anerkjenner at en er avhengig av hverandre. For at jeg skal kunne ha en rolle, trenger jeg at du tar en annen rolle slik at vi skal kunne fungere godt sammen i denne avdelingen.

Kanskje må musikkterapeuten med sykepleierutdanning begynne med seg selv for å kunne kombinere rollene slik hun ønsker. Den som viser tillit i mellommenneskelige relasjoner, får som regel tillit tilbake. Fundamentalt sett forutsetter tillit seg selv. En må ha den for å ha den og for å få den, og hvis en ikke har den på forhånd, burde en logisk sett ikke være i stand til å få den, sier Sørhaug (1996; s. 23). Om ikke tillit er til stede mellom de som bærer rollene, trengs en fordeling av makt fra høyere hold. Dersom vi har tillit, kan vi oppnå resultater som vi ellers hadde måttet detaljstyre via ytre kontroll og makt. Makt er på sin side en trussel for tillit, hevder Sørhaug (1996). Aronsson (2016) fremholder at samarbeid som fungerer, fører til tillit, men at tillit også er en forutsetning for samarbeid. Vi kan oppfatte kaos som det motsatte av tillit. Dette får Fugelli (2001) til å bruke betegnelsen kaospilot om tillit. Den skaper overblikk og hjelper oss å manøvrere gjennom vanskelige situasjoner.

Som nyansatte musikkterapeuter fortalte ikke informantene MS1 og MS3 at de var sykepleiere. De ville unngå å få slengt til seg noen sykepleieroppgaver og ville bare være musikkterapeuter, og kanskje med god grunn, når de forestilte hvilke forventninger som ikke hadde musikkterapeutskolering kunne ha til dem. MS2 så derimot ikke noen grunn til ikke å fortelle at hun var sykepleier og møtte ingen problemer ved det. Hun presenterte seg som begge deler. Hun møtte anerkjennelse for at hun var sykepleier i bunnen og opplevde i tillegg mye positiv nysgjerrighet fra kollegaer som ønsket å ta del i det musikkterapi kunne tilby pasientene. I samtale med Unni Johns fortalte hun at hun selv har opplevd mye anerkjennelse for musikkterapeututdanningen i sitt fagmiljø innen psykologi. Kanskje de som har en solid helsefaglig bakgrunn, allerede har en slags tillit og anerkjennelse i kulturen og samfunnet i

kraft av denne bakgrunnen. Kanskje får vi automatisk en tro på ”gaven som enda ikke er gitt”? (Sørhaug, 1996; s. 22).

Tillitsforholdet mellom kollegaene er viktig siden det også kan få konsekvenser for relasjonen til pasienten. Andre sykepleiere kan spille en rolle i barnets sosialisering, det som går innbefattes i begrepet sekundærsosialisering. Noen barn oppholder seg lenge, og miljøet virker inn på deres opplevelse av verden. Barnet fornemmer stemningen mellom de ansatte og registrerer hvordan sykepleierne forholder seg til musikkterapeuten med sykepleierutdanning. Dette understreker betydningen av at musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn også må arbeide aktivt for å gjøre seg fortjent til å vinne tillit hos pasientens øvrige sykepleiere.

4.2.0 Betydningen av tid

Begrepet tid handler om noe eksistensielt som vi alle kan kjenne oss igjen i og må forholde oss til i løpet av livet. Tiden knytter seg til en opplevd tid. F.eks. kan vi oppleve at ”tiden flyr i godt lag” eller ”tiden står stille” når vi blir oppslukt av noe som er gøy, og noen ganger kan det kjønes som om visse hendelser tar uendelig lang tid. Samtidig må de aller fleste av oss forholde seg til en temporal tid, en klokketid. For mine informanter ble betydningen av tid aktuell: ”Og det temaet med tid kommer liksom tilbake ...” (MS1). Temaet gikk igjen spesielt i intervjuene med musikkterapeutene med sykepleierbakgrunn.

4.2.1 Tid i relasjon med pasienten

Musikkterapeutene opplever at det ikke er tid nok, eller for liten tid til å utøve rollen som musikkterapeut i stilling som sykepleier. ”Du trenger tid og rom for å utøve musikkterapi” (MS1). En av informantene gikk på et tidspunkt inn som sykepleier og musikkterapeut på separate dager da hun jobbet i geriatrien. I dette utsagnet beskriver hun sin opplevelse av å kombinere rollene overfor pasienten.

Som regel har en ikke tid til å gå inn fra andre synsvinkler enn det rent sykepleiefaglige som sykepleier, men det har en som musikkterapeut (...) Jeg opplevde det som et stort tankekors at jeg fikk tilgang til så mye mer av pasientens liv på musikkterapidagene enn jeg hadde fått de årene jeg jobbet som sykepleier. Derfor prøvde jeg å ta noe av musikkterapien inn i sykepleiehverdagen, men den er veldig,

veldig travel (MS2).

Informant MS1 har lignende erfaringer av tidspresset:

For meg som fagperson gir musikkterapiutdanningen meg utfordringer med tanke på at jeg ikke får god nok tid til å sitte i utfordrende situasjoner (...) Jeg har veldig mange oppgaver som skal gjøres, og hvis det da oppstår en situasjon med uro eller angst, så kan jeg ikke legge alt annet til side for å være hos det mennesket der og da. (MS1)

Her gis det uttrykk for at det blir veldig travelt å skulle sjonglere to roller på samme tid. Dette kan komme i konflikt med behovet for å vie sin hele og fulle oppmerksomhet til pasienten og lese pasientens intensjonalitet. ”Jeg tror ikke en kan være mentalt til stede i begge roller på samme tid og gjøre begge deler godt” (MS1, MS2, MS3). Musikkterapeutens mentale tilstedeværelse er sentral i medisinsk musikkterapi (Ruud, 2018). Mental fraværenhet kan vanskeliggjøre klinisk improvisasjon og slik at hun mislykkes i å møte pasienten direkte på sin musikalske kodeførståelse og i å gjøre individuelle tilpasninger. På den andre siden, når

... det tilrettelegges for en improvisasjon, og hvor partene er gitt de samme mulighetene til å påvirke samspillet, er det samtidig skapt et grunnlag for å gi deltagerne subjektstatus. Musikken skaper en kontekst for frisetting og innstallering av et handlende jeg hos deltagerne (Ruud, 2008; s. 11).

Slik sett kan for liten tid i kombinasjonen av rollene føre til en relasjon med pasienten der det humanistiske likeverdet settes på prøve. Johns (2008; s. 70-71), viser til Tronick (1989) som lanserte begrepet *interaktive feil og reparasjoner*. Reparasjonserfaringer motvirker resignasjon og øker trygghet på at livet kan fortsette på tross av opplevelser av ”feilskjær” underveis. Improvisasjon kan være et utgangspunkt for å få slike erfaringer. Derfor er det så viktig med tid og rom.

Informant MS1 skisserer en løsning på opplevelsen av å ha for liten tid til musikkterapi:

”Hvis jeg kunne få en hel dag, da begynner det å hjelpe.” Informant MS2 erfarte at nettopp egne musikkterapidager ga rom til å bruke musikkterapien. MS2 lagde overganger fra sykepleierdagene til musikkterapeutdagene hvor hun f.eks. fortalte pasienten at hun kom tilbake neste dag og kunne spille med pasienten. Hun opplevde at denne overgangen fungerte

fint, men at det ble forvirrende for pasienten allikevel. Det var likevel ikke så lett for pasienten å koble rett rolle til rett dag.

Hvordan musikkterapeuten møter pasientens vitalitetsformer, det vil si måte å uttrykke følelser på, kan være avgjørende for om pasienten føler seg sett eller ikke. Slik sett kan tiden som er til disposisjon også ha betydning for opplevelsen av sammenheng, trygghet og identitet for pasienten. Tid gjør det mulig for musikkterapeuten å være emosjonelt tilgjengelig og være oppmerksomt til stede (Johns, 2012). Om den mentale tilstedeværelsen ytret MS1:

... det så veldig mange fokus på én gang, og da er det jo vanskelig å være i det musikalske samspillet, hvis en liten del av hjernen din følger med på klokka som ringer, (...) eller noen som roper i gangen, eller en lege som bare kommer innom for å sjekke et eller annet og ... (MS1).

Tid er alltid til stede i terapiprosesser gjennom opplevd varighet og ytre tidsrammer. I studier av hvordan psykoterapi kan fremme gjensidighet og utvikling, har mellommenneskelige forholds tidsdimensjon vært sentral (Johns, 2008; s. 67). Røkenes og Hanssen (2013) hevder relasjonens betydning innen psykoterapi og refererer til Seligman (1995) foretok. EN av konklusjonene i undersøkelsen var at de klientene som gikk i langtidsbehandling, oppnådde betydelig bedre resultater enn klienter i korttidsterapi. Dette kan være en indikasjon på at tilstrekkelig med tid er av betydning også i musikkterapeutiske prosesser. Stern (2007) problematiserer fenomenet ytre klokkeid:

Hvis det ikke finnes noe nå som varer lenge nok til at noe kan utfolde seg i det, kan det ikke oppstå noen direkte opplevelse. Intuitivt er det uakseptabelt. Og det levende livet oppleves ikke som en ubønhørlig uavbrutt strøm. Tvert om føles det usammenhengende, bestående av episoder og hendinger som er atskilt i tid, men som også henger sammen på et vis (Stern, 2007; s. 35).

Dette kaster lys over informantenes oppfatning av at de trenger nok tid for å ha rom til å skape de meningsfulle øyeblikkene de ønsker seg i musikkterapeutiske prosesser. For å få en utdypet forståelse av betydningen av meningsfulle øyeblikk kan vi se til Antonovsky (2011). Han var opptatt av opplevelsen av sammenheng og mening i tilværelsen. Han hevdet at en sterk opplevelse av sammenheng ("Sense of Coherence") kunne være en motstandsressurs

mot påkjenninger og på den måten igjen kunne bidra til helse. Dette støtter opp under viktigheten av å tilrettelegge for tid og rom i relasjon med pasienten slik at en kan hjelpe personen til å oppleve mening i tilværelsen.

4.2.2 Tid i relasjon med kollegaer

Samarbeid med kollegaer og ledere er med på å avgjøre hvordan musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn bruker tiden sin på jobb. Informant S1 uttrykker at ”... det måtte være helt fantastisk å kunne ha en som jobbet i det daglige med det og kunne på en måte når det er tid og rom gjøre det, eller når en trenger det”. Informant S2 problematiserer dette:

Jeg tenker vi på barneavdeling har vi jo bedre tid enn de på en voksenavdeling, men samtidig, vi har jo ikke *så* mange å spille på. Så vi er avhengig av at de som er på jobb gjør det de skal. Vi har sjelden gnisninger mellom personale. Vi backer hverandre opp. Jeg tror at en kommer lenger der. Men hvis du må gå og gjøre jobben til en annen fordi den står og har konsert i lekekroken, så selvfølgelig, jeg skjønner jo at det kan være en utfordring, men det tenker jeg at den sykepleieren som også er musikkterapeut også sener da. For å få til å kombinere rollene kan han/hun legge opp dagen etter hva en har tid til og heller si at ”okey nå har jeg tid, så og så mye tid har jeg her”... Den forståelsen får en. Etter at en har vært her en liten stund, så ser en ofte hvordan det er i avdelingen, om det koker, eller nå er det tid og rom for det da. Så hvis en har en god planlegging der, så tror jeg ikke det er noe problem (S2).

Informant MS1 forteller om sine erfaringer av relasjonen med kollegaer og ledere når det gjelder kombinasjon av rollene. Hennes leder uttrykte at det hadde vært fint hvis hun kunne bruke musikkterapi i tillegg til sykepleien, men møtte lite forståelse for behovet av tid når hun skulle bruke musikkterapi i stilling som sykepleier. Lederen her ønsket seg både i pose og sekk uten å forplikte seg tilbake. Informant MS1 har en mistanke om at sykepleiekollegene ikke er nok oppmerksom på det gode kliniske arbeidet hun gjør som musikkterapeut. Kanskje den manglende forståelsen kan bunne i nettopp knappheten på tid:

... det folk ser, det er at en har på seg en klovnehatt og står på musikkstund og deler ut rytmeegg og er litt sånn barne-TV-aktig. Så innimellom så har jo den kliniske siden av meg hatt et veldig stort behov for å vifte med det flagget da, og si, hør her, jeg kan mer

enn dette. Jeg gjør mer enn dette. Jeg har ganske god kompetanse. Ikke sant. (...) En har lyst til å bli tatt med på laget rett og slett, i tverrfaglige fora, og bli spurt om råd og etter hvert så fungerer jo det. (MS1)

Her uttrykkes et ønske om at den kliniske siden skal være en større del av rollen, ikke bare for de pasientene som trenger det, men også for musikkterapeuten sin egen del. At hun ønsker tid og rom til å bruke det som er hennes spesialfelt og få anerkjennelse for det, er ikke vanskelig å forstå. En tydelighet vil kunne bidra til å synliggjøre den kliniske rollen til musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn. ”Jo mer kjent personalet er med hva vi gjør, jo mer relevant henviser de og benytter seg av musikkterapitilbudet også” (MS3).

For å tre tydelig fram som musikkterapeut og fagperson ønsker ikke informant MS3 å kombinere rollene utad. Det blir for komplisert for kollegaer å fatte den doble yrkesrollen. Ibberson (2005) opplevde det å ha en dobbel rolle som positivt med tanke på å synliggjøre musikkterapifaget overfor kollegaer. Det synes å være viktig å avklare kombinasjonsrollen for at kollegaer skal få en utdypet forståelse for den. I et sosialpsykologisk perspektiv er hensikten med rolleavklaring i første rekke å ivareta brukerens behov og ikke rolleinnhaverens behov. Dersom en kommuniserer forventningene til en rolle, vil en ha større sjanse for å komme fram til konsensus om utformingen av en rolle enn hvis kollegaene ikke bringer dette på banen (Lauvås & Lauvås, 2015, hentet fra Borum 1976).

Avklaringen av rolleutformingen bør omfatte både funksjoner og plikter som tilligger rollen, den handlefrihet og de begrensninger som eksisterer, konkrete arbeidsoppgaver som rollen innebærer, og det ansvar rolleinnhaveren har for sin atferd (Lauvås & Lauvås, 2015; s. 82)

Lauvås og Lauvås (2015) hevder rolleavklaring er en kontinuerlig prosess. Roller forandrer seg over tid, nye aktører med forskjellig syn kommer til, organisasjonenes struktur, arbeidsrutiner og klientell forandrer seg. Dermed kan ikke avklaring av roller snakkes om en gang for alle. Et kjennetegn på tverrfaglig samarbeid er opplevelsen av å jobbe i et team der pasienten står i sentrum:

Kommunikasjon omkring utforming og legitimering av roller får ikke nødvendigvis rollemotsetningene til å forsvinne, men det kan skapes betingelser for at

rollenehaverne kan eksistere innen samme system uten at brukerne blir skadelidende (Lauvås & Lauvås, 2015; s. 82).

Musikkterapeutene med sykepleierbakgrunn har forsøkt å avklare sin rolle. De har jobbet målrettet med å forklare og vise sykepleierne hvilke barn som trenger at nettopp de kommer inn på rommet. Informantene (MS1, MS2 og MS3) uttrykker at veiledning/rådgivning av kollegaer skjer daglig i situasjoner med pasienter:

... det eneste som gjelder da, det er å være til stede. Og prate. Og vise. Og forklare. Og være der. Og minne på. Og gjøre godt klinisk arbeid selvfølgelig med pasientene og gå tilbake igjen og rapportere (MS3).

Dette er kanskje ekstra viktig på sykehus der det er stor utskiftning av pasienter og mange forskjellige mennesker til å ta seg av dem. Dagens sykehus beskrives som en god arena for deling av erfaringer, samarbeid og tverrfaglig samarbeid mellom kollegaer. Allikevel beskriver informant MS3 at tiden ikke strekker til i den daglige rådgivning av sykepleierkollegaene. MS3 skylder økonomi og nye reformer: ”... alle er liksom strukket og en har tid bare til det nødvendige, dessverre, og det er veldig dumt ...”. Dette samsvarer med utsagn fra informant S3: ”Fordi ting går så fort, blir en ikke god nok til å se støttespillerne en har med seg. Folk gjør den jobben de er satt til og helst ikke noe ut over det. Folk har nok med sitt.” (S3)

Informant MS1 opplevde at det var veldig ulik praksis fra avdeling til avdeling. ”På ett sted så sa de når jeg kom ”Åja, gå inn der på rom 20, for hun har så vondt” eller ”Gå inn der, for hun skal opereres” ” (MS1). Det neste sitatet skildrer derimot et samarbeid der de på en avdeling hadde en helt annen forståelse av hvordan musikkterapeuten best skulle utnyttes. Der kunne de si:

”Å, du må bare hilse på Petra. Hun er så morsom. Og hun synger i kor, og hun driver med teater, og dere kommer til å få det så gøy.” Så sier jeg, ”Ja. Men ligger det noen her og har vondt, er engstelige eller som er isolerte og trenger litt stimuli?”. ”Nei det er ikke så farlig. Gå inn til henne. Den ungen er et sirkus. Det kommer til å bli så kult” (MS1)

Muligens har sykepleieren i dette tilfelle et bilde av musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn som en kulturarbeider eller kanskje en klovn. Antagelig var det en slik rolle sykepleieren forventet fordi det var det hun var mest vant til. Informant S3 bekrefter at det kan være personavhengig hvem som ser musikkterapiressursen. Ikke alle sykepleierne hadde troen på musikkterapi. Dersom en ikke har troen på musikkterapi, kan det tenkes at det heller ikke blir ansett som viktig å sette av tid til det i en kombinasjonsrolle. Informant S3 forklarer at mange sykepleiere ikke så den ressursen musikkterapeuten faktisk er, fordi musikkterapeuten ikke er godt nok integrert i avdelingen. Bedre integrering og mer tilgjengelighet kan føre til at flere av barna som trenger musikkterapi, faktisk får tilgang på det. Informant S2 opplevde at god integrering gjorde det lett å huke tak musikkterapeuten når en så et behov for musikkterapi. Informant S2 trakk frem muligheten for at avdelingen kunne få tilgang på musikkterapeut kveld og helg, dersom musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn gikk i samme turnus som er vanlig for sykepleiere:

... da får du jo også det tilbudet på kveldstid og i helgene, hvor det også kan være behov for musikkterapeut, og ikke bare mandag til fredag. Jeg tenker at det er positivt og at det vil være et løft for en avdeling (S2).

Informant MS1 er redd for å legge for mye sykepleieroppgaver på kollegaer dersom hun bruker tid på musikkterapi. Denne opplevelsen samsvarer med utsagn fra informantene S1 og S2. De hadde en klar oppfatning av at dersom det kokte på avdelingen, måtte musikkterapien vike for sykepleieoppgavene. Informant S3 tror på sin side at det vil være lettere å kombinere rollene et sted

... hvor det ikke er så profesjonsstyrt. For på en travel sykehusavdeling opplever jeg det veldig sånn at ”du gjør det” og ”du gjør det” og ”du gjør det”. Det er jo ikke sikkert alle opplever det samme som meg, men jeg syns kanskje jeg så det, men det høres jo spennende ut da [å kombinere rollene]. Det er litt sånn ulvehi å trække i og, tenker jeg (S3).

Rolleatferd som avviker tilstrekkelig fra den tradisjonelle, kan bli møtt med negative reaksjoner fra kollegaer (Lauvås & Lauvås, 2015; s. 66-67). En har en tendens til å verne om den tradisjonelle og konvensjonelle rolleatferden (Lauvås & Lauvås, 2015, hentet fra Mecker & Luckmann, 1983). Institusjonelle definisjoner av en rolle prioriteres fremfor individuelle

nye rolledefinisjoner. Og kanskje har musikkterapeutene med sykepleierutdanning også en hang til å prioritere den tradisjonelle rollen som sykepleier fremfor den nyere rollen musikkterapi representerer. Informant MS1 beskrev det på denne måten:

Jeg tror det er utfordrende, personlig også. Hvis du kommer på jobb og skal være musikkterapeut i fire timer, og så ser du at det koker. Virkelig krisestemning på avdelingen, så får du litt lyst å bare si, ”okey jeg trenger ikke, jeg kan gjøre sånn og sånn.” Så det er ikke bare bare å balansere det å ha på seg for mange hatter (MS1).

En bevissthet omkring ens egen forståelse, ens egen distanse til en rolle, kan bidra til at en selv kan velge hvor mye en vil ta hensyn til andres forventninger til rollen (Lauvås og Lauvås, 2015). ”I rolledistansen ligger muligheten til å påvirke og forandre rollen og ikke blindt følge de forventninger og den tradisjon som knytter seg til rollen” (Lauvås og Lauvås, 2015, s. 80, hentet fra Østberg, 1977). På den måten kan en oppdage at noe annet enn det eksisterende er mulig.

Lauvås og Lauvås (2015) hevder at hvor mye andres forventninger påvirker oss, bl.a. avhenger av hvor sterk rolleidentitet og selvtillit vi har. Har vi en uklar forståelse for hvilke krav som knytter seg til rollen og hva samarbeidet går ut på, samt mangler selvtillit, kan andre med innflytelse og makt raskt forme rollen til musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn (Lauvås og Lauvås, 2015, hentet fra Knoff, 1985). Andre former den slik de mener det er mest riktig. Muligens går dette tvers av det musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn selv mener er riktig. På bakgrunn av dette kan det se ut for at det kreves selvtillit og tydelig rolleidentitet for å få tid og rom til å bruke musikkterapi i stilling som sykepleier. Kanskje vil det samme gjelde dersom noen ønsker å bruke sykepleie i stilling som musikkterapeut.

4.3.0 Betydningen av synergieffekten

Et resultat av intervjuene ble betydningen av synergieffekten. På ulike måter så det ut for at yrkesrollene musikkterapeut og sykepleier ga styrke til hverandre og ble til noe mer enn to atskilte yrkesroller hos informantene. Gestaltteori ser helheten som større enn summen av enkeltdelene og fokuserer på betydningen av mening og helhet i tilværelsen (Håkonsen, 2009). I følge Store norske leksikon betyr ordet *synergi* ”medvirkning, samvirkning, gjensidig forsterkning gjennom å virke samtidig” (Nordbø, 2018). Språkrådet (2017) forklarer ordet

synergieffekt som ”positive resultater som følge av samspill og samarbeid”. I en studierelatert samtale med Unni Johns kom det frem at hun ikke er så opptatt av å skille rollene ved å være ren musikkterapeut, eller ren sykepleier. Musikkterapi begynte som et fag som hentet inspirasjon og kunnskap fra forskjellige retninger, psykologi, filosofi, musikkteori osv. Johns tror det er en god idé å kombinere rollene, og at spørsmålet heller dreier seg om hvordan en gjør det.

4.3.1 Synergieffekten i relasjon med pasienten

Informantene har formidlet at det er et vanskelig, ja nesten uoverkommelig prosjekt å *utøve* begge roller samtidig. De forteller allikevel at de bruker av det de kan i alt de gjør. Generelt har informantene MS1, MS2 og MS3 opplevelsen av at kompetansen innen musikkterapi og innen sykepleie er en styrke inn i den andre. Det kliniske blikket trekkes frem som noe betydningsfullt i deres praksis. Det kliniske blikket innebærer at en tar med seg erfaringen og kunnskapen fra yrkesrollen sin og supplerer med det en har lest innenfor faget. Informant MS2 sier hun har blikkene fra begge fagområdene med seg i alt hun gjør, men det kommer an på stillingsbetegnelsen hvorvidt hun utøver den ene eller den andre kompetansen. Informant MS2 beskriver det på denne måten: ”Rollene blir på en måte integrert i hverandre og så popper de opp når de trengs”. I lys av informantenes opplevelse av å ha for liten tid til begge roller er det grunn til å undre seg over når det er rom for at rollene ”popper opp” i en travel arbeidsdag.

Da informantene MS1 og MS2 jobbet på sykehus kombinerte de ikke rollene på det praktiske planet, men de hadde alltid med seg de kliniske blikkene fra hvert av fagene på det refleksive plan. Informant MS3 ga mindre entydige svar når det gjaldt kombinasjon av rollene overfor samme pasient. Hun hadde ulike roller på ulike avdelinger. Dermed ble det et klart skille hvor hun slapp å være musikkterapeut og sykepleier overfor samme pasient. I likhet med informantene MS1 og MS2 hadde hun med seg de kliniske blikkene fra begge fag på det refleksive plan inn i begge stillingene. Hun lagde hun egne regler for hvordan de to rollene skulle kombineres på det praktiske plan. I stilling som musikkterapeut valgte hun å ikke gjøre noen sykepleieroppgaver inne på rom. Men i korridoren tillot hun seg å ordne med utføre enkle sykepleierprosedyrer dersom hun møtte en pasient hun kjente godt og som visste at hun var sykepleier. Dermed opplevde hun at de to rollene ble skilt utad. Hun opplevde dette som en forenkling for seg selv, og for andre. Det er naturlig å tenke at selv om informant MS3 til

en viss grad kombinerte rollene blir synergieffekten begrenset. Sykepleieren, informant S3 er oppmerksom på at for stort fokus på pasientens somtiske helse og prosedyrer går på bekostning av det musikkterapeuten kan tilføre pasienten av psykisk og åndelig omsorg:

Det jeg syns er spennende med musikkterapeutene er jo at de har jo et mye større fokus på det psykiske og åndelige, mens sykepleieren ofte i en hektisk hverdag blir veldig sånn prosedyrestyrt. I hvert fall når det er veldig travelt. At da må du på en måte bare gå inn og gjøre det du må. Mens andre ganger, så har en jo god tid, så en kan sette seg ned og prate og ha fokus på de tingene og, men det blir ofte litt sånn prosedyrestyrt da, og da er det jo fint at vi kan få inn musikkterapeuter og klovner og andre innslag i hverdagen som kan ta seg av andre deler av mennesket da. For det er jo noe med den helhetstenkningen som kan bli litt borte i en travel hverdag (S3).

Kan en person med dobbel kompetanse velge å la være å ta med seg den ene kompetansen inn i den andre? Kan en velge å fjerne en av rollene fra det reflekssive plan? Kanskje kan vi si at den ene rollen kan bli som en fjær i hatten til den andre de gangene elementer av musikkterapi benyttes i sykepleie, og elementer av sykepleie benyttes i musikkterapi. Det er bedre å ikke stikke kompetansen sin under en stol, men heller la den synes som en fjær i hatten.



Fig. 3: viser ulike hatter som illustrerer hvordan yrkesrollene som musikkterapeut og sykepleier kan sees i forhold til hverandre.

Informant MS1 mener det er soleklare fordeler ved å være sykepleier i bunnen siden en har en del automatiske ferdigheter inne som dreier seg om det kliniske sykepleierblikket:

... i samspill med syke barn så kan en jo lese de litt bedre med tanke på kliniske tegn som hudfarge, respirasjonsfrekvens, hvordan de sitter og beveger seg, om de gir noen nonverbale signaler på om de har vondt eller er kvalm. Hvis de kaster opp, så er det jo ikke noe problem å hive seg etter et pussbekken (MS1).

Det kan være vel verdt å stanse litt opp ved hvordan musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn kan kombinere rollene på det refleksive plan. Refleksjon over egen praksis er et viktig ledd i kunnskapsbasert praksis og er viktig for kompetanseutvikling (Røkenes og Hanssen, 2013; s. 12). Den største utfordringen for musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn ser ut for være å få praksis og teori til å henge sammen på en meningsfull måte i rollekombinasjonen. F. eks. kan erfaringen fra sykepleierbakgrunnen være med på å spille en viktig rolle i utøvelsen av musikkterapi. Informant MS3 forteller om erfaringen hun fikk som sykepleier, noe hun har med seg i tankene i musikkterapiutøvelsen. Dette dreier seg om viktigheten av forebygging, ressursorientering og fokus på helhetlig pleie. Dette mener informant MS3 er viktig for at barn på sykehus skal utvikle så god helse som mulig.

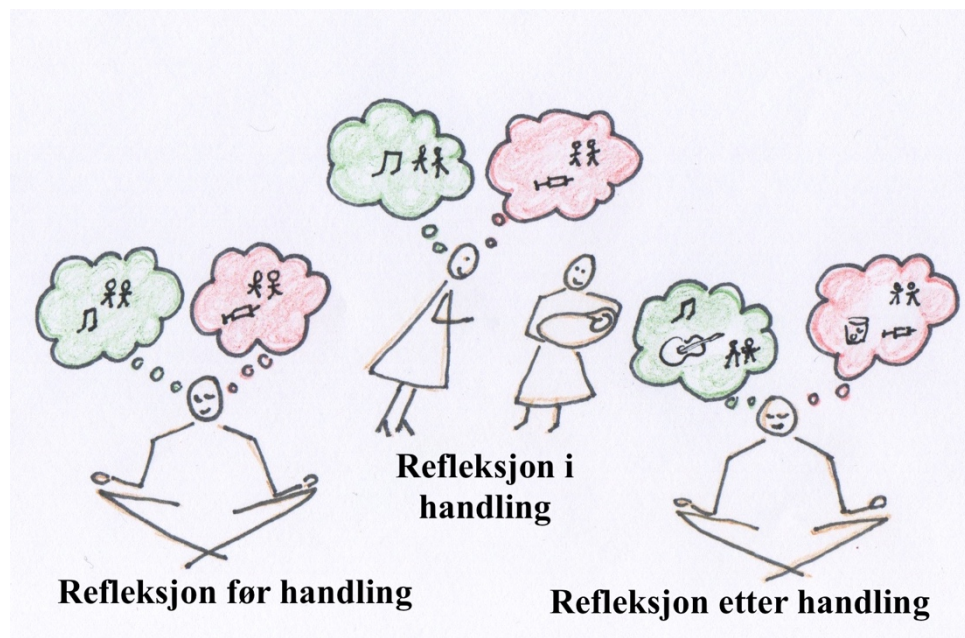


Fig. 2: viser musikkterapeuten med sykepleierutdanning sine kliniske blikk, illustrert av tre situasjoner: refleksjon før, under og etter handling.

Einarsen (2012) viser MacLeod (2009), som hevder refleksjon før en aktivitet er viktig for praksisutøvelse. I refleksjon før handling planlegger en hva en skal observere, eller være oppmerksom på i en konkret situasjon. Røkenes og Hanssen (2013) viser til Schön (1983) som mener at fagfolk vet mer enn de kan sette ord på. Erfaringene en har med seg setter seg som kunnskap innebygd i selve handlingen. Det er det noen vil betegne som ”taus kunnskap”, eller kunnskap i handling. *Refleksjon i handling* innebærer å reflektere over den innebygde kunnskapen i handlingen. Vi tenker over det vi gjør mens vi gjør det. *Refleksjon over handling* er de refleksjonene en gjør i etterkant av en handling. Enten med kollegaer, eller alene. Den som innehar rollene som musikkterapeut og sykepleier har mange referansepunkter som kan ha betydning i forhold til hvordan pasienten blir møtt. Her kan det bli snakk om en betydelig synergieffekt.

Informant MS1 sang for en pasient for å trygge henne da hun skulle ha medisiner. Hun hadde da stilling som sykepleier og merket seg at sangen gjorde det lettere for kvinnen med en demenslidelse å ta imot medisinene. Informant MS3 klarer på sin side ikke å se for seg å skulle ta med gitaren inn samtidig med at hun skal gi medisiner. For henne virker det som det blir feil på mange måter ettersom hun setter en grense for sykepleieroppgaver ved enkle prosedyrer i korridoren, og aldri inne på pasientrom.

Overlapping av arbeidsoppgaver i de to yrkesrollene kan vi kalle en gråsoner. Omsorg for pasientene for pasientene er ett eksempel på en gråsoner der rollenes funksjoner overlapper hverandre og ikke tilhører en spesiell rolle eksklusivt. Lauvås & Lauvås (2015) bygger på Stigberg og Olstad (2002) som skiller mellom fagspesifikk kompetanse (en persons unike kompetanse inn i samarbeidet), overlappende kompetanse (deles av to eller fler) og felles basiskompetanse (relasjonskompetanse, etikk og retningslinjer). Informant S3 nevner andre eksempler på hva som kan ligge i en slik gråsoner av felles funksjoner for både sykepleieren og musikkterapeuten med sykepleierutdanning: å legge til rette for best mulig mestring, bidra til god helse, mest mulig velvære og høy livskvalitet.

Lauvås & Lauvås (2015) hevder slike gråsoner ikke trenger å være en mangel, men derimot viser at arbeidstakerne er *mennesker* og ikke roboter som er programmert til å ha ansvar for sterkt spesialiserte arbeidsoppgaver. Figur 4 illustrerer musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn sine arbeidsoppgaver i en kombinasjon av rollene:

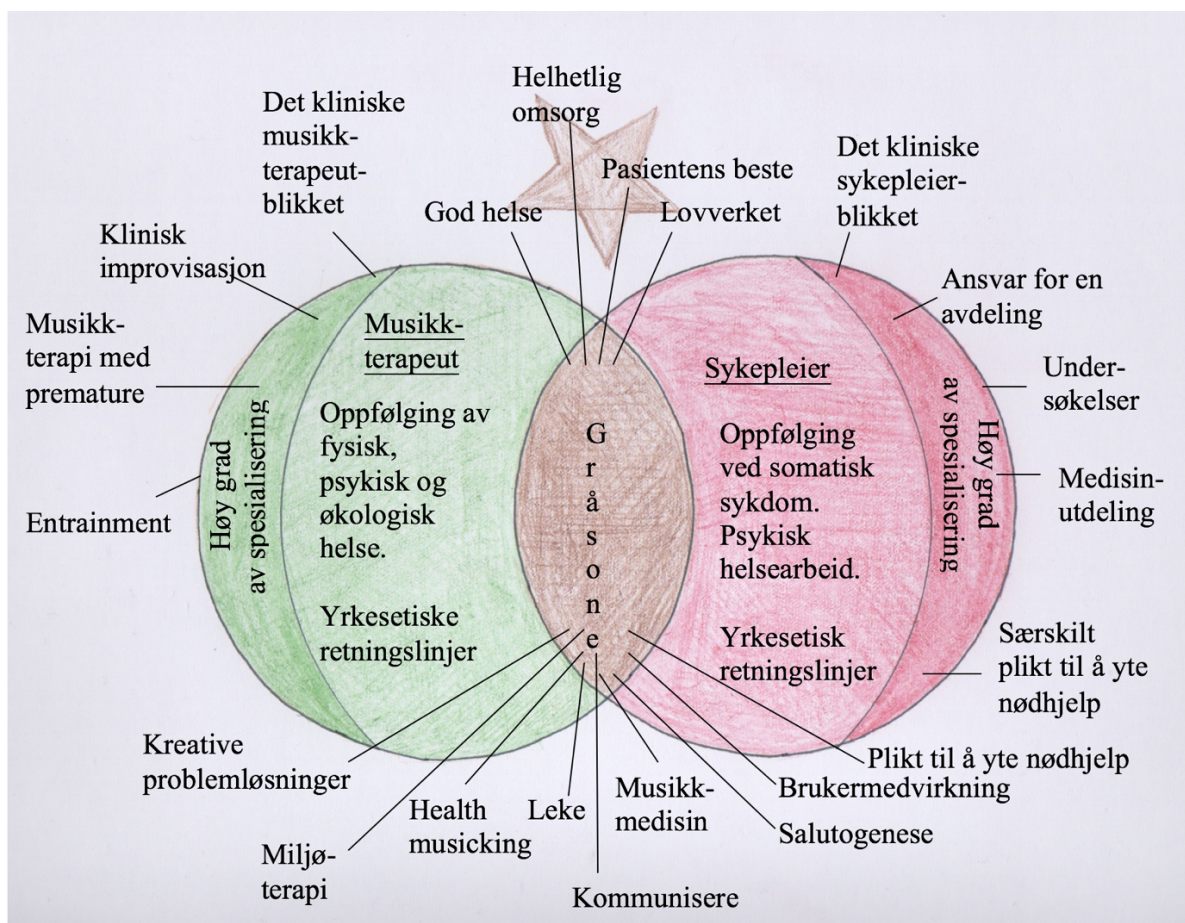


Fig. 4: Viser to sirkler som illustrerer eksempler på rollespesifikke funksjoner for musikkterapeuten (grønt felt), sykepleieren (rødt felt) og funksjoner der rollene overlapper hverandre (brunt felt) på sykehus. Over, en stjerne som symboliserer noen overordnede funksjoner i begge yrkesroller.

Kanskje kan en se gråsonen som en slags gyllen middelvei der en kan finne sin trygge plass i kombinasjonsrollen? En fare ved å ta utgangspunkt i gråsonen når musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn kombinerer rollene er allikevel at en kan bli sittende fast der uten å egentlig få utøvet sin spesialkompetanse i noen av yrkesrollene. En annen fare er at sosialt press og forventninger får den ene rollen til å overskygge den andre. Trolig vil sykepleierrollen bli den dominerende i en pediatrik kontekst i og med at det er den som er mest etablert. Kanskje kan en åpenhet om begge kompetanser utvide musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn sine handlemuligheter slik at en kan utøve musikkterapi og sykepleie ut over den trygge gråsonen?

Dersom musikkterapeuten med sykepleierutdanning skal jobbe kunnskapsbasert, ser det ut for at det ligger et ansvar hos henne til å utøve musikkterapi og ikke lukke seg inne i tradisjonelle

sykepleieroppgaver. Konteksten kan likevel stille krav om utøvelse av sykepleie, til tross for at stillingsbetegnelsen heter musikkterapeut.

Musikk har tradisjonelt vært vel kjent i pleie av syke. Aasgaard (2006) viser til sykepleiepioneren Florence Nightingale (1859) som skrev om musikkens betydning sin den banebrytende sykepleiebok: ”Notes on nursing – what it is and what it is not”. Hun skrev der at musikkinstrumentene har forskjellig innvirkning på pasienten. Blant annet mente hun at orgel kunne virke beroligende. I Norge hørte kunnskapen om musikk i pleie av syke lenge til den ”tause kunnskapen”. Aasgaard (2006) viser til en lærer ved Menighetssøsterhjemmet i Oslo som en gang ga denne beskrivelsen av musikkterapi:

Denne musikkterapien er avpasset etter de forskjellige tilstande. Tonerne går dit, hvor hverken røntgenstråler, medisin eller kniv kan utrette noget, - helt inn til sjeleskaden, sinnslidelsen, det dypeste i vårt vesen, det en ikke kan ta og føle på. Det gir utløsning for en stemning der inne og kan virke befriende og stimulerende der inne. La oss komme den syke til hjelp her! (Aasgaard, 2006; s. 35).

At musikkens og musikkterapiens virkning i dag er veldokumentert kan gjøre det bare enda mer relevant for en musikkterapeut med sykepleierutdanning å finne en måte å kombinere yrkesrollene på og benytte seg av den potensielle synergieffekten.

4.3.2 Synergieffekten i relasjon med kollegaer

Tverrfaglig samarbeid har som mål å oppnå synergieffekter. Det vil si ”at tiltakene forsterker hverandre gjensidig, slik at den samlede effekten blir større enn summen av resultatene for hvert enkelt tiltak isolert” (Lauvås & Lauvås, 2015; s. 53, hentet fra Knoff, 1985; s. 130). Tverrfaglig samarbeid er organisert på en slik måte at tiltakene overfor en pasient er godt tilpasset hverandre og ikke motvirker hverandre. Tverrfaglig samarbeid har to hovedhensikter:

- sikre kvalitet i arbeidet slik at den samlede faglige kompetansen blir utnyttet maksimalt og
- utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag og stimulere til faglig utvikling innen bidragende fag. (Lauvås & Per, 2015, s. 53)

Felles utdanning kan lette samarbeidet (Røkenes & Hanssen, 2013). Informant MS1, MS2, og MS3 fremhever betydningen kollegaer med lik kompetanse (sykepleie og musikkterapi) har. De opplever en gjensidig støtte og forståelse for begge fag. ”Når en er to [musikkterapeuter], får en jo den synergieffekten” (MS1). Informant L omtaler sykepleierkompetansen som selve nøkkelen til å bli godt integrert i et tverrfaglig team på sykehus. Han mener en musikkterapeut uten sykepleiebakgrunn ikke vil ha de samme forutsetningene for en tverrfaglig integrering på en pediatrik avdeling. Men om den doble utdanningen som sykepleier og musikkterapeut gir en automatisk kompetanse i tverrfaglig samarbeid, er ingen selvfølge. Informant MS3 opplever det som fantastisk når en har musikkterapeutkollegaer. Da har en noen å sparre med. Informant MS1 uttrykker hva hun trenger for at kollegasamarbeid skal fungere:

... en trenger god og tydelig kommunikasjon. Og fordeling av ansvarsområder og arbeidsoppgaver. Litt humor hjelper jo alltid. Men det viktigste er jo kommunikasjonen. Den verbale. Altså at det går an å snakke til hverandre og gi hverandre beskjeder og tilbakemeldinger.

Informant MS2 sier dette om samarbeid med kollegaer:

Når det er en tydelig administrativ avgjørelse om at rollene skal kombineres og kollegaer er informert om det, så tror jeg ikke det er noe problem kollegiemessig. Tvert i mot. Jeg har opplevd mye positiv nysgjerrighet på musikkterapi (MS2).

Informant MS1 beskriver hvordan sykepleiebakgrunnen har vært en styrke inn i rollen som musikkterapeut på sykehus, og en hjelp til å være plastisk og romslig når det trengs:

Altså på sykehus er det jo en soleklar fordel å bare kjenne til språket og sjargongen, altså skjønn latin og ha en sånn viss forståelse for hierarkiet på sykehus.

Det har jeg faktisk opplevd har vært ganske greit å vite om. Det er litt sånne uskrevene regler for hvordan en kan oppføre seg, tror jeg. (...) Det er mye sånn at du må føle deg frem. Passer det nå, passer det ikke? Skal jeg komme tilbake seinere? Du må være VELDIG plastisk og romslig og ta ting når de kommer (MS1).

Informant MS1 sin opplevelse samsvarer med Ruud (2008) som mener det er helt sentralt for en musikkterapeut å være sensitiv overfor konteksten. I følge Ruud handler dette om at musikkterapeuten ikke skal låse seg til en bestemt metode og bruke denne likt på alle en møter, uansett kontekst (Ruud, 2008; s. 18). En sykepleierbakgrunn kan slik sett bidra til en større kontekstsensitivitet innen pediatri.

4.4.0 Betydningen av stillingsbetegnelsen

Når vi skaffer oss en jobb, følger det med en stillingsbetegnelse. Denne gir oss en pekepinn på hvilke oppgaver som knytter seg til den stillingen vi får. Et resultat av intervjuene ble betydningen av stillingsbetegnelsen. Dette ser ut for å være et viktig element i ansettelsesforholdet mellom den som er ansatte i en kombinasjonsrolle og ledelsen.

Informantene opplever det som viktig med en god dialog med lederen sin og tydelige og klare ansvarsfordelinger. Det er viktig å avklare hva arbeidet skal gå ut på og hvordan ledelsen ønsker å benytte seg av ressursen til en musikkterapeut med sykepleierbakgrunn. Leder og den ansatte i en kombinasjonsrolle må utarbeide en skriftlig arbeidsavtale for ansettelsesforholdet. Dette er nedfelt i arbeidsmiljølovens § 14-5 (2017). En arbeidsavtale er med på å sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet. I tillegg vil en arbeidsavtale bidra til et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017, § 1-1). Informant MS1 anbefaler:

... å være veldig tydelig, allerede i ansettelsesprosessen, i fordeling av arbeidsoppgaver i en arbeidsavtale. Her bør det blant annet stå hvor mange timer som skal brukes på de ulike oppgavene (MS1).

Arbeidsmiljøloven (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017, § 14-6) utdyper at arbeidsavtalen skal inneholde: "... en beskrivelse av arbeidet eller arbeidstakerens tittel, stilling eller arbeidskategori". Hva profesjonen musikkterapeut innebærer er fortsatt et diskusjonsemne. Ikke bare nasjonalt, men også internasjonalt. Bruscia beskriver situasjonen slik:

As a "profession", music therapy is only a few decades old. (...) Because it is so young, its identity as a profession has not yet fully emerged within the education and

health communities. The final job title and position description have not yet been written (Bruscia, 2014; s. 20).

Informantene nevner tre stillingsbetegnelser der som musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn kan jobbe under i en pediatrik avdeling: *Sykepleier*, *musikkterapeut* og *spesialsykepleier*. Informantene trekker fram ulike forventninger knyttet til hver av disse stillingsbetegnelsene. Det handler om hvor tydelig musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn fremstår med sine ferdigheter og sin kompetanse. Informant MS2 forteller:

Jeg tenker at en må forholde seg til en stillingsutlysning, så en vet hva en søker på, men når en så har fått en jobb, så tror jeg at en kan forme mye av den selv i samråd med en administrasjon, men en kan jo ikke gjøre det alene, så en må være helt tydelig på hva en selv ønsker, og så må det være et ja eller et nei fra administrasjonen. Så det er jo kommunikasjon, kommunikasjon hele veien på akkurat det.

Lauvås & Lauvås (2015) trekker betydningen av yrte kjennetegn på yrkesrollen. Dette kan ha betydning for pasienter og foreldre for å fortelle hvem en er og hvilken funksjon en har på en pediatrik avdeling:

For en utenforstående er det påfallende hvor viktig det ser ut til å være å markere forskjellene mellom de forskjellige yrkesgruppene i sykehus gjennom ytre symboler (uniform, nåler og andre symboler) (Lauvås & Lauvås, 2015; s. 86).

Det er ikke så lett å se at det er musikkterapeuten en møter når en treffer henne i sykepleieruniform. Informant MS3 forklarte hvordan hun markerer forskjellen på rollene sine:

Jeg har jo sett det litt her også, når jeg har vært sykepleier, og da kjenner barna meg veldig godt som musikkterapeut fra før. Hvis jeg da har hatt på meg hvitt og vært sykepleier, så har de ikke kjent meg igjen. De har virkelig ikke klart å se at jeg er samme person, og det sier litt om liksom den der rolle ... (MS3).

Måten en opptrer på overfor kollegaer kan være forskjellig fra måten en opptrer på overfor pasienter. Det kan tenkes at de ulike måtene å fremstå på kan ha ulike hensikter. Overfor

kollegaer er det hva en sier, som markerer rollen, mens overfor pasienten er det hvordan en ser ut, som forteller at en er sykepleier eller musikkterapeut.

4.4.1 Stillingsbetegnelsen i relasjon med pasienten

Med stillingsbetegnelsen *musikkterapeut* kan det synes som løsningen er enkel: "Hvis du er musikkterapeut først, ansatt som musikkterapeut, så tenker jeg at da skal ikke jeg gjøre noen sykepleieroppgaver. Ferdig snakka" (MS1). Informant S3, sykepleier, er enig. Dersom personen er ansatt som musikkterapeut, vil S3 forvente at personen bare gjør musikkterapeutoppgaver og ingen sykepleieroppgaver. Hun begrunner dette med at musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn ikke vil få oversikten hvis hun bare er innom på den enkelte avdelingen for å gjøre musikkterapeutoppgaver. Da er greit at de som har oversikt over pleiebehovet styrer med sykepleieroppgavene.

Dersom en bare bruker stillingsbetegnelsen *sykepleier*, mener flere av informantene det kan bli utfordrende, om ikke umulig, å kombinere rollene. Informant MS1 beskriver det slik:

... som sykepleier, så har du mange viktige oppgaver som skal gjøres, og hvis en da ikke har noen forståelse for at en skal gjøre litt mindre enn de andre, så er det ikke sikkert at en får tid. (...) Så jeg ser vel ikke helt for meg at det er mulig (MS1).

Hvis en er ansatt som sykepleier og skal få tid til å jobbe musikkterapeutisk, mener de fleste informantene at en trenger en velvillig ledelse som setter av tid til det. Informant MS1 mener at en må gå utenpå alle andre og ha tildelt timer til å utøve musikkterapi.

Vi har ikke en spesialistutdanning inne musikkterapi enda. Å ansettes som spesialist innen sykepleierfaget, *spesialsykepleier*, er kanskje ikke så dumt, mener informant MS1. Med den stillingsbetegnelsen kan en fint kombinere rollene. Sykepleierbakgrunnen gir musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn automatisk spesialisering innen det medisinske fagområdet. I en samtale med Unni Johns nevnte hun som eksempel at dersom hun hadde et barn som var innlagt på sykehus, ville hun føle det som en veldig trygghet dersom hun visste at behandleren var sykepleier i tillegg til å være musikkterapeut. Den følelsen av trygghet som sykepleierbakgrunnen gir pasientene, er noe informant MS3 har opplevd og som hun trekker frem fra sin egen praksis.

4.4.2 Stillingsbetegnelsen i relasjon med kollegaer

Informant L (leder) argumenterer for stillingsbetegnelsen *spesialsykepleier*. I dette ligger det at han ser på musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn først og fremst som sykepleier, med musikkterapi som spesialfelt. Informant L ser ingen grunn til å skjule sykepleierbakgrunnen. Musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn styrker sin posisjon i teamet på grunn av en solid helsefaglig bakgrunn. Dersom denne helsefaglige bakgrunnen mangler, vil det være vanskeligere å få tilgang til dokumentasjonssystemene, hevder han. At musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn automatisk får tilgang til journalene og lettere vil kunne motta henvisninger, nevner informant L som en stor fordel. En av informantene, MS3, hevder imidlertid at det er gode rutiner for elektronisk dokumentering og henvisninger for musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn i dag. Informant L sin bekymring kan derfor være relativt ubegrunnet.

Informant L vil helst at musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn på en pediatrik avdeling i praksis skal jobbe bare som musikkterapeut. På spørsmål om informant L ville foretrekke en kollega som var musikkterapeut, altså bare musikkterapeut, eller sykepleier, eller en som kombinerte rollene, kom han med følgende utsagn:

Nei, det har jeg ikke behov for. De [musikkterapeutene] må drive med sitt virke. Ikke drive å synge og skylle bekken. Har ikke behov for det. Det vil ikke gagne ansienniteten eller ryktet til den typen behandlingsform. Dette må være noe eget, en egen behandlingsform i en spesialitet [...]. I en setting på aldershjem og sånt, så er det noe annet. Da kan en bruke dette for å motivere og danse og få opp av stolen ... (L).

Informant L foreslår at dersom musikkterapeuten med sykepleierutdanning blir ansatt i stilling som sykepleier, må hun dele dagene mellom å jobbe som sykepleier og musikkterapeut. Dersom sykepleieren på den pediatrike avdelingen mottar mange henvisninger til musikkterapi, vil dette bidra til å synliggjøre behovet for musikkterapi:

Og det kan kanskje være en sånn prøvegreie for et sykehus, så kan en se hvor mange henvisninger en får i løpet av et år, og så kan en si ”åja, du fikk så mange henvisninger. Da må vi se om du får mer tid til musikkterapi”. [...] men det er jo snakk

om nedbemanninger og omorganiseringer hele tiden, så for å kunne vise til at din tilstedeværelse er bra, så må du vise til henvisninger (L).

I relasjonen til kollegaer ser det ut for at informant L sin oppfatning om ryktet, står i kontrast til informant S2 sin oppfatning av verdien av en kombinasjonsrolle. ”Det vil være en kjemperessurs for avdelingen [...] de er heldige de som får en sykepleier med musikkterapiutdanning i tillegg. Jeg tenker at det er jo kjempebra. Jeg ser det bare positivt” (S2).

4.4.3 Betydningen av stillingsbetegnelsen for musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn

Stillingsbetegnelse som musikkterapeut ville kanskje tydeliggjøre faget og profesjonen bedre enn en stillingsbetegnelse som spesialsykepleier. Allikevel tror informant MS1 mange ledere vil foretrekke å ansette en musikkterapeut med sykepleierbakgrunn enn i en stillingsbetegnelse som spesialsykepleier, heller enn i en stillingsbetegnelse som musikkterapeut. Informant MS1 har personlig ingen problemer med en stillingsbetegnelse som *spesialsykepleier*, men sier at noen sikkert vil ta ”den diskusjonen”. En sykepleier vil lettere vil kunne fylle den stillingen spesialsykepleieren hadde, dersom musikkterapeuten ble borte, hevder hun. Informant MS3 ser noen fagpolitiske problemstillinger knyttet til stillingsbetegnelse som spesialsykepleier. En leder kan for eksempel si: ”vi har så innmari flink sykepleier, så vi trenger ikke musikkterapeut (MS3)”. En slik holdning reduserer sjansen for at det blir opprettet egne stillinger for musikkterapeuter, frykter hun.

Informant MS2 uttrykker også at musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn bør komme inn i stilling som musikkterapeut fordi rollen ellers sett utenfra kan oppfattes som ullent.

Informant MS2 er kritisk til betegnelsen spesialsykepleier:

Jeg synes kanskje at en foregriper litt, for det er ingen betegnelse som heter spesialsykepleier i musikkterapi. Jeg tror også jeg måtte forklart hver enkelt pasient hva jeg drev med. Det ville blitt litt ullent. Jeg tror en måtte gått inn som musikkterapeut (MS2).

Informantene var seg bevisst at stillingsbetegnelsen kan virke inn på lønnsfastsettelsen. Informant MS1 regner med at en avdelingsleder vil ta dette med i beregningen når en musikkterapeut med sykepleierbakgrunn skal ansettes, men stiller seg tvilende til om lønnsfastsettelsen faktisk tilsvarer kompetansen:

”Du er sykepleier, supert! Du har videreutdanning i musikkterapi, kjempebra! Du skal få *litt* ekstra økonomisk lønn. Men du må gjøre alt det de andre gjør, og så kan du gjøre dette på toppen, og vær så god og kjør.” Og så står en helt alene med å skulle balansere de to rollene. Så det er jo mine kjipe erfaringer (MS1).

Det er derfor nærliggende å tro at dette kan være et relevant tema å forhandle om i begynnelsen av et ansettelsesforhold. I arbeidsavtalen skal det stå ”... den gjeldende eller avtalte lønn ved arbeidsforholdets begynnelse, eventuelle tillegg og andre godtgjøringer som ikke inngår i lønnen ...” (Arbeids- og sosialdepartementet, 2018, § 14-6). Det ser ut for at lønnen kan variere fra arbeidssted til arbeidssted. Informant MS3 uttaler at hun har fått lønn tilsvarende mastergrad, ikke bare med stillingsbetegnelse som musikkterapeut, men også med stillingsbetegnelse som sykepleier. Dette viser at det er kompetansen som i dette tilfellet er styrende for lønnsfastsettelsen. Informant MS1 uttaler på sin side at hun med stillingsbetegnelse som sykepleier søkte om høyere lønn for mastergrad, men fikk lønn tilsvarende stillingsbetegnelse som spesialsykepleier. Ut fra mine beregninger ser det ut for at dette vil gi henne lavere lønn enn lønnsnivået for kompetanse som musikkterapeut. Allikevel får jeg inntrykk av at informantene ikke er veldig opptatt av rettferdig lønn.

Basert på informantenes utsagn ser jeg et annet problem som kan oppstå her. Dersom rollene flyter sammen, er det fare for at det kan oppstå en skjevhet i hvilken av rollene som får størst plass. Dette kan igjen gå på bekostning av følelsen av å kunne møte de forventningene og kravene en har til seg selv om å bidra med musikkterapi. Det kan gi en følelse av utilstrekkelighet. Informant MS2 forteller at hun ønsket å gjøre mer og mer musikkterapi i stilling som sykepleier. Når hun så behovet for musikkterapi, men ikke hadde tid til å møte det opplevdes dette som en begrensning og ga en følelse av å ikke strekke til. MS2 forteller:

Jeg syns jo det ble en stor utfordring at sykepleierdagene var veldig, veldig travle.

Sånn at selv om jeg hadde lyst til å ta meg mer tid og gi mer til pasientene, så ble det

ofte ikke tid til det. Så da ble det mer en begrensning da at jeg hadde lyst til å gjøre mer, men ikke kunne det [...] Det ble en utilstrekkelighetsfølelse” (MS2).

Både informant MS1 og MS3 sier de ikke ville informere kollegaer om sykepleierbakgrunnen sin av frykt for å bli tillagt arbeidsoppgaver ut over det som gjaldt utøvelsen av musikkterapi. Dette var et forsøk på å hegne om rollen som musikkterapeut. Hvis noen spurte dem så fortalte de om sykepleierbakgrunnen. De var aldri uærlige. Informant MS1 kan ikke huske at noen spurte om bakgrunnen. Det er en risiko for at sykepleierrollen kan bli rangert som viktigere enn musikkterapeutrollen. Denne situasjonen kommer frem hos informant S2, sykepleier, som mener musikkterapeuten med sykepleieroppgaver må gjøre de samme oppgavene som alle andre, men hvis det var tid kan hun utøve musikkterapi.

En kunne kanskje se for seg en arbeidsdag fylt av alt for høye krav og forventninger kunne føre til utbrenthet og svekket helse. En studie gjort av Henriksen (2016) viste derimot at høye jobbkraav ikke i seg selv er noe negativt. Høye jobbkraav har en direkte positiv sammenheng med deltagerens opplevelse av helse i denne studien. Rollekonflikter var forbundet med mestring. I studien til Henriksen så deltagerne ut for å være vant med en kompleks arbeidsdag der de måtte sjonglere et mangfold av roller som for dem opplevdes håndterbare.

Tilgjengelige ressurser for å imøtekomme kravene kan være motivasjonsfremmende (Henriksen 2016, hentet fra Bakker & Demerouti 2007). Dette finner Henriksen (2016) støtte for i Bandura (1977) som hevder at ”Self efficacy”, det vil si, tro på egne evner, fører til at en holder ut lenger ved vanskeligheter sammenlignet med om en tviler på seg selv. Når individet ikke opplever å mestre krav, oppleves det stressende. Det kan igjen virke negativt inn på individets helseopplevelse (Henriksen, 2016). Sånn sett kunne vi si at tilretteleggelse for mestring og tydeliggjøring av krav og forventninger er nødvendig for å kunne utøve begge kompetansene som sykepleier og musikkterapeut samtidig.

I tillegg ser autonomi, det vil si mulighet til selv å bestemme over viktige aspekter ved jobben, ut til å redusere den negative effekten stress kan ha på opplevelsen av helse. Å realisering noe en opplever som viktige arbeidsmål kan virke motiverende og øke engasjementet (Henriksen 2016). På den måten kan vi tenke oss at en person som får bruke hele repertoaret sitt av kompetanser i arbeidet sitt, kan ivareta egen helse på en god måte. Rom for kreativitet og nye ideer ser ut for å øke jobbengasjementet. Dette er hos Henriksen assosiert med en god helseopplevelse.

Gjennomgående i denne studien har det vært at sykepleierne mener en kombinasjon av rollene vil bidra til økt tilgjengelighet av musikkterapi. En tilgjengelighet som vil komme pasienten og avdelingen til gode uavhengig av hvilken stillingsbetegnelse musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn får.

Avslutningsvis i dette kapittelet kan det være vel verdt å ta med seg noen tips fra informantene som summerer opp deres oppfatninger om kombinasjonsrollen. Jeg stilte dem spørsmålet: ”Hvis du skulle gi noen råd til en nyutdannet musikkterapeut med sykepleierutdanning – hva ville dine topp tre tips være?”, og fikk til svar:

- Dersom stillingsbetegnelsen var sykepleier, ville jeg ha rådet vedkommende til å be om å få minst én dag fritatt for pleieoppgaver til bare å være musikkterapeut (MS1).
- Bruk tid på å bygge gode relasjoner til kollegaer. Kollegial støtte er alfa og omega hvis en skal ha det fint på jobb. Ikke minst hvis en skal sjonglere både sykepleieroppgaver og musikkterapioppgaver, trenger en forståelse for det blant kollegiet (MS1).
- Ta deg tid til å dyrke en hobby som gir påfyll av energi og kreativitet. Det er ganske viktig når en skal fungere som musikkterapeut (MS1)
- Hvis en kommer på jobb en dag og føler seg litt tom og tenker det kommer jo aldri til å gå. Jeg kommer ikke på en eneste sang. Hva i all verden skal jeg gjøre?, så er jo barn så vidunderlige at en kan bare sette seg ned, og da kommer jo ting. Så det er bare å komme seg ut av kontoret og inn på pasientrommet, så skjer det ganske mye fantastisk i møte med barn (MS1).
- Vær ærlig med deg selv. Trives jeg her, eller skal jeg videre nå? Og så hender det at pendelen kan svinge tilbake igjen. Det gjelder å finne ut ”hvor vil jeg bruke min energi?” rett og slett (MS2).

- Jeg tenker at en arbeidsgiver vil se positivt på en som har flere utdannelser, for det i seg selv er en kvalitet. Og så skal en jo ikke sette inn støtet med én gang uansett, men ikke stikke under en stol hva en kan (MS2).
- Kanskje utøve ulike profesjoner på ulike dager, eller på ulike avdelinger. Det tror jeg også vil fungere godt. Men ellers ha fokus på det ene. Og alt dette andre som er godt integrert, det er en styrke uansett (MS2).
- Skill mellom roller. Lag konkrete prosjekt hvis du ikke får innpass der du vil jobbe som musikkterapeut, og for å hjelpe seg selv er det lurt å tenke over om en har en lidenskap så en ikke favner for bredt, for da er det lettere å rydde plass til arbeidsoppgavene. En unngår også å slite seg ut (MS3).
- Når en føler seg trygg i den rollen som sykepleier for barn, så kan en også utøve musikkterapien etter hvert. Men det ville kanskje vært lurt å bli trygg på én ting først. Før en går videre og gjør det neste. Og så tenker jeg at det går seg til (S2).
- Jeg tenker det med å være synlig og være på hugget. Kanskje komme og spørre, er det noe som foregår i dag som dere tenker at dere kunne brukt meg til? Få flest mulig sånne gode opplevelser (S3).

5.0 Konklusjon

I teoridelen av denne undersøkelsen ga jeg en grundig gjennomgang av begrepet tillit og av hvordan de enkelte delene av et system henger sammen og påvirker hverandre gjensidig. Jeg kunne utdypet hva forskningslitteraturen kan gi oss av innsikt i synergieffekten, men valgte i stedet å ta dette nærmere opp i drøftingsdelen. Jeg avklarte hva de ulike rollene som sykepleier og musikkterapeut innebærer og nevnte også de etiske kravene som stilles til de to ulike yrkesrollene, musikkterapeut og sykepleier. Analysen av informantenes utsagn viser med tydelighet hvor viktig denne forskningen som jeg refererte til er for å forstå betydningen av en kombinasjon av rollene.

I denne masteroppgaven har jeg undersøkt kombinasjonen av yrkesrollene musikkterapeut og sykepleier. Problemstillingen i denne oppgaven har vært:

Hvordan kan musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn kombinere de to yrkesrollene i arbeid med barn på sykehus? Og hva kan en slik kombinasjon bety i relasjon med pasienten og i samarbeid med kollegaer?

Jeg benyttet kvalitative forskningsintervjuer som metode. Datamaterialet ble analysert og resultatene ble drøftet fordelt over kategoriene: *betydningen av tillit, betydningen av tid, betydningen av synergieffekten og betydningen av stillingsbetegnelsen.*

Jeg fant at i lys av den gitte konteksten i pediatri ser kombinasjonen av yrkesrollene ut for å være relativt ny. Ikke desto mindre kan det se ut for at å kombinere yrkesrollene kan gi vilkår for kunnskapsbasert praksis. Musikkterapeuten med sykepleierutdanning kan kombinere yrkesrollene på det refleksive planet. Her kommer det frem fra resultatene av intervjuene at samtlige av mine informanter, med fagkombinasjonen musikkterapeut og sykepleier tar med seg de kliniske blikkene fra begge kompetanser inn i møtet med pasienter og kollegaer. Slik sett virker yrkesrollene positivt inn på hverandre og det blir en synergieffekt.

På det praktiske plan ser det ut for at det er mer komplisert å kombinere rollene dersom dette skal gjøres systematisk og konsekvent. Det fremkommer ulike oppfatninger mellom musikkterapeutene med sykepleierbakgrunn, sykepleierne og lederen, når det gjelder hvordan rollene skal, bør og kan kombineres. I tillegg ser det ut for at det er individuelle forskjeller innad i de tre gruppene informanter. En rolleavklaring mellom musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn og hans/hennes kollegaer kan slik sett være hensiktsmessig. Uavhengig av de ulike oppfatningene ser det ut for at *tilliten* mellom musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn og pasient og foreldre er viktig og bør tas vare på.

Musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn kan bruke elementer av musikkterapi med stillingsbetegnelse som sykepleier, men hvor vidt det da kan kalles musikkterapi, stilles det spørsmål ved. Det ser allikevel ut for at kombinasjonen av roller kan være et løft for en pediatrik avdeling med tanke på kompetanseheving blant personalet og økt tilgjengelighet av musikkterapi for pasient og foreldre. Supervisjon og veiledning kan bidra til å gjøre

musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn tryggere i møte med de utfordringer og muligheter de to kompetansene bringer med seg.

Det kan være relevant å forske videre på pasientens opplevelse av kombinasjonsrollen hos musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn, men også på andre kombinasjonsroller. Denne typen forskning kan hjelpe oss til å forstå bedre hvordan en kan navigere i møte med pasienten. Det kan også være relevant å forske videre på de fagpolitiske aspekter ved kombinasjonsroller og tverrfaglig samarbeid generelt.

Jeg anser den undersøkelsen jeg har foretatt for å være et viktig bidrag til å tydeliggjøre musikkterapi som fag og vise hvilke ressurser det kan tilføre helsevesenet og samfunnet som helhet.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag As.
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2017, September 2017). *Arbeidsmiljøloven*. Hentet Mai 3, 2018 fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/innsikt/arbeidsmiljolooven/id447107/>
- Arbeids- og sosialdepartementet. (2018, Januar 2018). *lovdata.no*. Hentet Mai 3, 2018 fra Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven): https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_14#KAPITTEL_15
- Aronsson, G. (2016, mars 2). *Tillit*. Hentet mars 10, 2018 fra Mind Sweden: https://issuu.com/mindsweden/docs/201508-psykiskh__lsa-2015-3-i
- Aasgaard, T. (2006). Musikk i helsefag; fysioterapi, ergoterapi og sykepleie. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse* (ss. 31-48). Oslo: Cappelen.
- Aasgaard, T., & Ærø, S. B. (2011). Gjøgler og behandler: Musikkterapeutens arbeidsoppgaver og profesjonelle roller ved en sykehusavdeling for barn. I K. Stensæth, & L. O. Bonde (Red.), *Musikk, helse, identitet* (ss. 141-160). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Bieleninik, L., Ghetti, C., & Gold, C. (2016, juni 14). *Music Therapy for Preterm Infants and Their Parents: A Meta-analysis*. Hentet fra PubMed.gov: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/3/e20160971.full.pdf>
- Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk. I L. H. Odland, Å. Slettebø, B. S. Brinchmann, T. Sneltvedt, B. V. Lunde, B. Hoffmann, & B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (Vol. 3, ss. 81-96). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy*. Illinois: Barcelona Publishers.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dun, B. (2013). Children with Cancer. I J. Bradt (Red.), *Guidelines for Music Therapy Practice in Pediatric Care* (ss. 290-323). New Hampshire: Barcelona Publishers.
- Einarsen, K. A. (2012). Om refleksjon i sykepleiestudenters praksisstudier.
- Frisk, R. S. (2008). Musikkterapeutisk rådgivning i et statlig kompetansesenter. I E. Ruud, & G. Trondalen (Red.), *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi* (ss. 301-316). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Fugelli, P. (2001, desember 10). *Tillit*. Hentet mars 3, 2018 fra Tidsskriftet - den norske legeforening: <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2001--3621-4.pdf>

- Grønseth, D.-G., & Nordtvedt, P. (2010). Klinisk sykepleie - funksjon og ansvar. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (ss. 17-31). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grosse, J. (2012). *Kommer tid kommer tillit? Unga vuxnas och medelålders erfarenheter*. Hentet april 20, 2018 fra Digitala Vetenskapliga Arkivet: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:526603/FULLTEXT01.pdf>
- Haslbeck, F. (2017). Three Little Wonders: Music Therapy with Families in Neonatal Care. I S. L. Jacobsen, & G. Thompson (Red.), *Music Therapy with Families* (ss. 19-44). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018, januar 1). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).
- Henriksen, A. C. (2016). Betydningen av psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet for individers opplevelse av egen helse.
- Holter, I. M., & Mekki, T. E. (2011). Sykepleieprofesjonens kjernekompetanse. I I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (ss. (s. 139-148)). Oslo: Akribe.
- Ibberson, C. (2005). The beginning of music therapy in our hospice. I M. Pavlicevic, & V. Wood (Red.), *Music Therapy in Children's Hospices: Jessie's Fund in Action* (ss. 37-47). Jessica Kingsley Publishers.
- Johns, U. (2012). Vitalitetsformer i musikk. I G. Trondalen, & Stensæth (Red.), *Barn, musikk, helse* (ss. 29-43). Oslo: NMH - publikasjoner.
- Johns, U. T. (2008). "Å bruke tiden – hva betyr egentlig det?" – Tid og relasjon et intersubjektivt perspektiv. I G. Trondalen, & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi* (ss. 67-83). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative firskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lauvås, K., & Per, L. (2015). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi* (6. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lie, S. O. (2009, februar 13). *Pediatri*. Hentet oktober 27, 2017 fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/pediatri>
- Lindvall, M. W. (2017, februar). *MUSIKKTERAPI SOM HELSERESSURS FOR BARN PÅ SYKEHUS*. Hentet april 12, 2018 fra Tidsskrift for barnesykepleiere:

- https://www.nsf.no/Content/3635048/cache=20172111214802/Musikkterapi%20Barnesykepleieren_04_17.pdf
- Loewy, J., Stewart, K., Dassler, A.-M., Telsey, A., & Homel, P. (2013, 1 3). *The Effects of Music Therapy on Vital Signs, Feeding, and Sleep in Premature Infants*. Hentet 3 1, 2017 fra www.pediatrics.aappublications.org:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2013/04/10/peds.2012-1367.full.pdf>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- MFOs forbundsstyre. (2017, juni 12). *Musikernes fellesorganisasjons yrkesetiske retningslinjer for musikkterapeuter*. Hentet mai 2018, 5 fra www.musikerorg.no:
http://www.musikerorg.no/_upl/vedtatte_yrkesetiske_retningslinjer_2017.pdf
- Mohlin, M. (2008). Etiske aspekter ved musikkterapeutisk forskning og utviklingsarbeid. I G. Trondalen, & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi* (ss. 203-214). Oslo: NMH-Publikasjoner.
- Mondanaro, J. F. (2013). Surgical and Procedural Support For Children. I J. Bradt (Red.), *Guidelines for Music Therapy Practice in Pediatric Care* (ss. 205-251). New Hampshire: Barcelona Publishers.
- Nordbø, B. (2018, januar 20). *Synergi*. Hentet april 16, 2018 fra Store norske leksikon:
<https://snl.no/synergi>
- Nordtvedt, P., & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie - funksjon og ansvar. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (ss. 17-31). Oslo: Akribe.
- Norsk sykepleierforbund. (2016, mai 25). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet april 3, 2018 fra www.nsf.no: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer?>
- Pearson, S. F. (2018, mars 18). *Why Words Matter: How the Common Mis-use of the Term Music Therapy May Both Hinder and Help Music Therapists*. Hentet mai 2, 2018 fra Voices: A World Forum For Music Therapy:
<https://voices.no/index.php/voices/article/view/904>
- Petzold, H. G. (2008). *Integrativ supervisjon og organisasjonsutvikling. Filosofiske og sosial vitenskapelige perspektiv*. . Conflux forlag.

- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2013). *Bære eller bryte - Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Rundgren, A. C. (2012). Kuvøsesang - effekt av sang og lyrespill på premature barn i neonatal intensiv enhet på sykehus: en kvantitativ studie. Norges musikkhøgskole.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse 30 år med norsk musikkterapi* (ss. 5-28). Oslo: Skriftserie fra Senter for musikk og helse.
- Ruud, E. (2018, april 25). *Musikkterapi*. Hentet mai 2, 2018 fra Store norske leksikon: <https://snl.no/musikkterapi>
- Sørhaug, T. (1996). *Om ledelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Språkrådet. (2017). *Synergieffekt*. Hentet 4 16, 2018 fra Bokmålsordboka/Nynorskordboka: https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=synergieffekt&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge
- Stern, D. (2007). *Her og nå - Øyeblikkets betydning i psykoterapi og i hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Thornquist, E. (2015). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (6. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Tjelle, K. A. (2015). "TÅLER DU MEG?". Trondheim, Norge.
- Trondalen, G. (2008). Musikkterapi - et relasjonelt perspektiv. I G. Trondalen, & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi* (ss. 29-48). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Trondalen, G. (2016). *Relational Music Therapy: An Intersubjective Perspective*. Barcelona Publishers.
- Visst, T. (2009). Musikkopplevelse som mulighet for følelseskunnskap. Oslo: NMH-publikasjoner.

Vedlegg 1

Intervjuguide: musikkterapeuten med sykepleierbakgrunn

Introduksjon:

- Har du noe utdanning ut over at du er sykepleier og musikkterapeut?
- Hva jobber du som i dag?
- Har du jobbet kun som musikkterapeut, sykepleier, eller har du kombinert rollene?

Spørsmål til sykepleieren

Utdypende spørsmål

- Si litt mer om det.
- Kan du fortelle litt mer om det?
- Kan du komme på et eksempel?
- Har du et eksempel på en hendelse?
- Hva mener du med det?
- Kan du beskrive litt nærmere hva du mener med det?
- Du sa Kan du utdype det?
- Vil du utdype dette litt mer?
- Du sa Hvordan tenkte du da?
- Du sa Vil det si at ...?
- Så du mener altså at ...?
- Forsto jeg deg rett hvis det du sier/mener/tenker/føler er at ...?
- Hvorfor/hvorfor ikke?

Introduksjon	<ul style="list-style-type: none">• Hva fikk deg til å ville bli sykepleier?
Perspektiver på helse	<ul style="list-style-type: none">• Hva er dine tanker om hvordan sykepleiere på best mulig måte kan legge til rette for at barn på sykehus skal utvikle så god helse som mulig?
Utfordringer og muligheter	<ul style="list-style-type: none">• Kan du komme på en situasjon der m.t.- utdanningen kom til nytte i ditt arbeid som sykepleier?• Kan du komme på en situasjon der musikkterapiutdanningen ga deg utfordringer i forhold til din rolle som sykepleier?
- Samarbeid og tverrfaglig samarbeid	<ul style="list-style-type: none">• Hvordan vil du beskrive ditt samspill med kollegaer når det gjelder å utøve sykepleier?• Hva trenger du for at samarbeidet mellom deg og kollegaer skal fungere godt?

Spørsmål til musikkterapeuten:

<p>Introduksjon</p> <p>Perspektiver på helse</p> <p>Utfordringer og muligheter når det gjelder integrering av M.T. på avd.</p> <p>- Metodikk</p> <p>- Relasjon og kommunikasjon</p> <p>- Samarbeid og tverrfaglig samarbeid</p>	<ul style="list-style-type: none">• Hva fikk deg til å ville bli musikkterapeut?• Etter hvert som du utdannet deg til musikkterapeut, var det noe som endret synet ditt på helse?• Hva er fordelene ved å være sykepleier i bunnen når du skal utøve musikkterapi?• Kan du komme på en situasjon der rollen som sykepleier kom i veien for rollen som musikkterapeut?• Hvilke metoder har du vendt tilbake til?• Hvis jeg sier musikkterapeuten som<ul style="list-style-type: none">○ Kliniker○ Kulturarbeider○ RådgiverHva sier du da?• Var det noe i musikkterapiutdanningen som endret din forståelse av dette?• Har du tilnæringsmåter du føler er spesielt hensiktsmessige for at pasienten skal oppleve å ha en god kommunikasjon og relasjon med deg?• Hvordan vil du beskrive samspillet med kollegaer når det gjelder å utøve musikkterapi?
--	---

Spørsmål til musikkterapeuten og sykepleieren i en kombinasjonsrolle:

<p>Utfordringer og muligheter når det gjelder integrering av musikkterapi og sykepleie på avd.</p> <p>- Samarbeid og tverrfaglig samarbeid</p>	<ul style="list-style-type: none">• Hva er dine tanker rundt å kombinere musikkterapeutrollen og sykepleierrollen?• Hva mener du er forutsetningene for at en person med begge utdanningene skal kunne kombinere rollene?• Hva vil du trekke frem som verdifulle erfaringer når det gjelder å kombinere rollene?• Hva fungerte?• Hvilke utfordringer møtte du på? • Når du kombinerer rollene, hvordan vil du beskrive samspillet med kollegaer?• Hva tar du ansvar for når du kombinerer rollene?• Hva er dine erfaringer av hva avdelingsleder tar ansvar for?• Kan det tenkes at det kan oppstå gnisninger mellom musikkterapeuten og de andre medarbeiderne fordi musikkterapeuten unnlater å gjøre sykepleieroppgaver for å utøve musikkterapi?• Kan det tenkes at musikkterapeuten avdelingslederen har litt ulike forventninger når det gjelder hva som skal være sykepleier- og musikkterapioppgaver?• Blir tiden spist opp av sykepleieroppgaver?
--	--

Oppsummering/avslutning:

- Hvis du skulle gi noen råd til en nyutdannet musikkterapeut med sykepleierutdanning – hva ville dine topp tre tips vært?
- Jeg har ikke flere spørsmål. Er det noe du vil legge til avslutningsvis?

Intervjuguide: sykepleieren med musikkterapierfaring

Introduksjon:

- Har du noen utdanning ut over at du er sykepleier?
- Hva jobber du som i dag?
- Hva fikk deg til å ville bli sykepleier?

Perspektiver på helse	<ul style="list-style-type: none">• Etter hvert som du utdannet deg til sykepleier, var det noe som endret synet ditt på helse?• Hva er dine tanker om hvordan vi på best mulig måte kan legge til rette for at barn på sykehus skal utvikle så god helse som mulig?
Kommunikasjon og relasjon	<ul style="list-style-type: none">• Var det noe i din utdanning som endret din forståelse av dette?• Hva føler du er hensiktsmessige tilnærminger for at pasienten skal oppleve å ha en god kommunikasjon og relasjon med deg?
Utfordringer og muligheter - Integrering av musikk og musikkterapi på avdelingen	<ul style="list-style-type: none">• Hva er dine tanker omkring hvilken rolle musikkterapi kan spille for barn på sykehus?• Bruker du selv noen form for musikk når du utøver sykepleie?• Kunne du selv tenke deg å være musikkterapeut, hvis du fikk muligheten?• I tilfelle, hvordan ser du for deg å kombinere det med sykepleie?• Ser du at dette kan være mulig?• Ser du eventuelle hindringer?• Sang og musikk som tillitskapende tiltak, hva er ditt forhold til dette?• Hva trenger du for at samspillet mellom deg og kollegaer skal fungere når det gjelder å utøve sykepleie?

<p>- Samarbeid og tverrfaglig samarbeid</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan vil du beskrive samspillet mellom deg og musikkterapeuten(e) når det gjelder å utøve musikkterapi og sykepleie? • Kan du komme på en situasjon du deltok i der en pasient fikk musikkterapi? • Kan du gi et eksempel på en situasjon der du synes det tverrfaglig samarbeidet fungerte godt? • Kan du gi et eksempel på en situasjon der du kunne ønske samarbeidet var bedre? • Dersom du fikk en kollega som var musikkterapeut med sykepleiebakgrunn, hvilke forventninger ville du hatt til han/henne? • Hvis jeg sier musikkterapeuten som <ul style="list-style-type: none"> ○ Kliniker ○ Kulturarbeider ○ Rådgiver/veileder <p>Hva sier du da?</p>
<p>- Kombinasjonsrollen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hva mener du er forutsetningene for at en person med begge utdanningene skal kunne kombinere rollene? • Hvis du skulle trekke frem noen sider ved sykepleierfaget inn i musikkterapifaget, hvilke sider hadde det vært? • Kan det tenkes at det kan oppstå gnisninger mellom musikkterapeuten (med sykepleierbakgrunn) og de andre medarbeiderne fordi musikkterapeuten unnlater å gjøre sykepleieroppgaver for å utøve musikkterapi?

Oppsummering/avslutning:

- Hvis du skulle gi noen råd til en nyutdannet musikkterapeut med sykepleierutdanning, hva er i tilfelle dine topp tre tips?
- Jeg har ikke fler spørsmål. Er det noe du vil legge til avslutningsvis?

Intervjuguide: avdelingslederen med musikkterapi erfaring

Introduksjon:

- Hvor har du din utdanning fra?
- Hva fikk deg til å ville bli avdelingsleder?
- Hva jobber du som i dag?

<p>Perspektiver på helse</p>	<ul style="list-style-type: none">• Etter hvert som du tok utdanning, var det noe som endret synet ditt på helse?
<p>Kommunikasjon og relasjon</p>	<ul style="list-style-type: none">• Hva er dine tanker om hvordan vi på best mulig måte kan legge til rette for at barn på sykehus skal utvikle så god helse som mulig?
<p>Utfordringer og muligheter</p> <ul style="list-style-type: none">- Integrering av musikk og musikkterapi på avdelingen	<ul style="list-style-type: none">• Var det noe i din utdanning som endret din forståelse av dette?• Hva er dine tanker omkring hvilken rolle musikkterapi kan spille for barn på sykehus?• Bruker du selv noen form for musikk i ditt arbeid?• Kunne du selv tenke deg å være musikkterapeut, hvis du fikk muligheten?• I tilfelle, hvordan ser du for deg å kombinere det med sykepleie?• Ser du at dette kan være mulig?• Ser du eventuelle hindringer?• Hvis jeg sier musikkterapeuten som<ul style="list-style-type: none">○ Kliniker○ Kulturarbeider○ Rådgiver/veilederHva sier du da?
<ul style="list-style-type: none">- Samarbeid og tverrfaglig samarbeid	<ul style="list-style-type: none">• Hva mener du skal til for at samarbeid mellom kollegaer skal fungere?• Hvordan vil du beskrive samspillet mellom deg og musikkterapeuten(e)?

<p>- Kombinasjonsrollen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ville du regnet mer med musikkterapeuten i et tverrfaglig team dersom du visste at den ansatte hadde en solid helsefaglig bakgrunn? • I de tidligere intervjuene jeg har gjort kommer det frem at rollen som kliniker ikke kommer så godt frem. Har du noen tanker om hva som kunne vært en god måte å formidle kunnskap om dette på? • Er det noe forum der musikkterapeuten kan fortelle om hvem som skal få musikkterapi? • Kan du komme på en situasjon du deltok i der en pasient fikk musikkterapi? • Kan du gi et eksempel på en situasjon der du synes det tverrfaglig samarbeidet fungerte godt? • Kan du gi et eksempel på en situasjon der du kunne ønske samarbeidet var bedre? • Hva mener du er forutsetningene for at en person med begge utdanningene skal kunne kombinere rollene? • Dersom du fikk en kollega som var musikkterapeut med sykepleiebakgrunn, hvilke forventninger ville du hatt til han/henne? • Kan det tenkes at det kan oppstå gnisninger mellom musikkterapeuten (med sykepleierbakgrunn) og de andre medarbeiderne fordi musikkterapeuten unnlater å gjøre sykepleieroppgaver for å utøve musikkterapi? • Ville du foretrukket en kollega som bare var musikkterapeut eller sykepleier, eller en som kombinerte rollene? • Hva er etisk riktig? Jeg tenker videre enn yrkesetisk. Hva tenker du om faren for å undergrave egen yrkesstolthet? • Hva føler du er det beste for barna? Kombinasjon eller bare MT/spl.?
------------------------------------	---

Oppsummering/avslutning

- Hvis du skulle gi noen råd til en nyutdannet musikkterapeut med sykepleierutdanning, hva er i tilfelle dine topp tre tips?
- Jeg har ikke fler spørsmål. Er det noe du vil legge til avslutningsvis?

Vedlegg 2

Samtykkeerklæring for intervju i masterprosjekt

“Musikkterapeut + Sykepleier = Musikkterapeutsykepleier?”

- Perspektiver fra praksis, miljø og system

Bakgrunn og formål

Jeg studerer musikkterapi ved Norges Musikkhøgskole og holder på med et masterprosjekt med fokus på rollene sykepleier, musikkterapeut eller musikkterapeutsykepleier. Jeg ønsker i den forbindelse å intervju deg om temaet i pediatri. Formålet er å forstå mer om rollen som musikkterapeut i pediatri når en har bakgrunn som sykepleier.

Problemstillingen min er:

“Kan rollen som musikkterapeut og rollen som sykepleier kombineres i arbeid med barn på sykehus, og i tilfelle, hvordan?”

Sentrale temaer i forbindelse med dette knytter seg til perspektiver på helse, integrering av musikkterapi på avdelingen, relasjon og kommunikasjon, metodikk, samarbeid og tverrfaglig samarbeid.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Jeg kommer til å benytte semistrukturert intervju der spørsmålene mine vil dreie seg om dine tanker og erfaringer knyttet til studiens problemstilling. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuene med formål å transkribere samtalen. Her vil jeg sammenfatte det jeg forstår som hovedpoengene og sende deg dette på e-mail slik at du kan korrigere eller legge til momenter du mener kan være viktige for studien. Intervjuet vil ta ca. en time.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg og veilederen min som vil ha tilgang til opplysningene du gir. Lydopptak og transkripsjon av datamaterialet vil bli lagret på minnepinne og oppbevart i låst skap. Alle deltagere vil anonymiseres i studien. Prosjektet skal etter planen avsluttes i midten av desember 2018. Etter at prosjektet er avsluttet vil datamaterialet slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil datamateriale du har bidratt med bli slettet og kommer ikke til å bli benyttet i denne studien.

Min veileder for dette masterprosjektet er Rita Strand frisk, tlf.: 995 03 075, e-mail: rita.s.frisk@nmh.no.

Med vennlig hilsen

Meta Kristine Schei Kayser, tlf.: 971 76 146, e-mail: meta406@hotmail.com.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)