

«Nå må vi prioritere»

Kontaktformidling og henvisning
til musikkterapi innen psykisk helse
og rus, en mixed methods studie

Gaute Kjølner Andersen



Antall ord: 21895

Masteroppgave i
musikkterapi
Vår 2023



**Norges
musikkhøgskole**
Norwegian Academy
of Music

Om Master i musikkterapi

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

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

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

Om Norges musikkhøgskole

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

Vi utdanner musikkterapeuter, instrumentalister, sangere, kirkemusikere, musikkpedagoger, dirigenter, komponister, musikkteknologer og pianostemmere.

Over 800 studenter og 350 ansatte arbeider i en stor sjangerbredde, som særlig omfatter folkemusikk, klassisk, jazz og samtidsmusikk.

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



Forord og takk

Jeg vil takke noen av dem som hjalp meg å feste ord og tall på rett plass til rett tid.

Takk til alle undervisere ved Norges Musikkhøgskole (NMH). Særlig ble Gro Trondalens undervisning og arbeider om etikk viktig for meg. Ingelill Eide introduserte meg for profesjonsstudier og hjalp meg å se prosjekt i et nytt lys. Jeg kan kalle meg musikkterapeut.

Tusen takk til underviser og veileder på masteroppgaven, Hans Petter P. Solli. Du har hjulpet meg til klarere tanker og bedre språk og gitt meg tillitt til egne vurderinger. Takk også for råd om forskningsdesign fra Tone Kvamme.

Så vil jeg takke menneskene jeg møtte i musikkterapi praksis på Avdeling for Spesialpsykiatri ved Akershus Universitetssykehus og ledergruppen som valgte å gi musikkterapi et forsøk. Takk til praksiskoordinator Ingeborg Nebelung på NMH som spurte meg.

For utforming av nettside og distribusjon av spørreskjema retter jeg takk til Norsk Forening for Musikkterapis daglige leder, Kristian Ulyses Andaur. Takk også til Polyfon – Kunnskapsklynge for musikkterapi for distribusjon av lenken.

En stor takk til deltakere i undersøkelsen! Dere gjorde oppgaven mulig.

Takk til alle medstudenter! En ekstra takk til dem jeg delte lesesal med. Samtaler, måltider, kaffepauser og lufteturer rundt skolen holdt meg gående.

Takk musikkterapeut og psykolog Mari Walle Thorsen for gjennomlesning og gode innspill.

Takk til svigerbror Tor Håkon Kitterød Åvitsland for innspill på det juridiske.

Takk, kjære venner. Ingen nevnt, ingen glemt.

Takk til min kjære storebror Kyrre.

Takk, min forlovede Inger Amanda Kitterød Åvitsland. Alltid — jeg elsker deg!

Til mine foreldre. †1999 & †2010

Gaute Kjølnér Andersen, Mai, 2023

Abstract

“Now we must prioritise” —
Contact conveying and referral to music therapy
within mental health and addiction treatment,
a mixed methods study.

The right to equal access to necessary public health care is established by Norwegian law. Within health care services, prioritisation of health care occurs at organizational and individual levels. The main theme of the study is the grounds for prioritisation decisions of music therapists (MT). My thesis question was: How does the referral process to music therapy work, in the field of mental health and addiction treatment in Norway? I aimed to describe current practice and develop an understanding of the process. Taking a critical realist position, I chose a convergent mixed methods as research design.

Data was collected through 35 respondents to an online questionnaire, described through univariate analysis. Results indicate that participants gained access to new music therapy participants in various ways. The most common reason for contact conveying and referral was interest in music. Three qualitative interviews were conducted, and through reflexive thematic analysis of transcriptions I found MTs as dependent on *intermediaries*—those who convey contact to MTs. Prioritisation decisions made by MTs were found to be based on professional judgment, partly on information given by said intermediaries.

The discussion revolved around ways of referral and contact conveying in multidisciplinary collaboration. A just prioritisation of music therapy entail ethical reflexivity. The study contributes to research on issues of equal access and just distribution of music therapy in Norway.

Keywords: Referral, contact conveying, music therapy, mental health and addiction, psychiatry, prioritisation, professional ethics, professional judgment, professional collaboration.

Sammendrag

Det er lovfestet rett til lik tilgang til nødvendige helsetjenester fra det norske offentlige helsevesen. I helse- og omsorgstjenesten skjer prioritering av helsehjelp på organisatorisk- og individuelt nivå. Oppgaven dreier seg om deler av grunnlaget for musikkterapeuters prioriteringsbeslutninger.

Problemstillingen var: Hvordan foregår henvisningsprosessen til musikkterapi innen psykisk helse- og rusfeltet i Norge? Formålet med studien var å beskrive nåværende praksis og bidra til en økt forståelse. Forskningsdesignet var konvergent mixed methods, med kritisk realisme som vitenskapsfilosofisk utgangspunkt.

Kvantitative data ble samlet inn gjennom elektronisk survey og deskriptivt analysert med univariat statistikk. Resultatene fra 35 respondenter tilsa at musikkterapeuter fikk tilgang til nye musikkterapideltakere på ulikt vis. Den vanligste grunnen for kontaktformidling eller henvisning var musikkinteresse.

Jeg gjorde tre kvalitative intervju og analysert transkripsjoner med refleksiv tematisk analyse. Jeg fant at musikkterapeutene var avhengige av *mellomledd*, et begrep for de som formidler kontakt. Musikkterapeuters prioriteringsbeslutninger ble tatt på grunnlag av profesjonelt skjønn, delvis basert på informasjon fra mellomledd.

Diskusjonen dreide seg om variasjonen i skriftlig og muntlig kontaktformidling og henvisning. Dette belyser det tverrprofesjonelle samarbeidet. Prioritering av musikkterapi medfører etisk refleksivitet. Studien bidrar med et utgangspunkt for videre forskning på lik og rettferdig tilgang på musikkterapi innen feltet.

Nøkkelord: *Henvisning, kontaktformidling, musikkterapi, psykisk helse og rus, prioritering, profesjonsetikk, profesjon, skjønn, tverrprofesjonelt samarbeid.*

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD OG TAKK	I
ABSTRACT	II
SAMMENDRAG	III
LISTE OVER TABELLER	VII
LISTE OVER FIGURER	VII
1. INTRODUKSJON	1
VIGNETT: BLIR DET NOE MUSIKKTERAPI, ELLER?	1
BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
AVGRENSNING	2
PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	3
<i>Kommentar</i>	3
LITTERATURSØK	4
VALG AV METODE	4
2. TEORI	6
2.1 TEORIKAPITTELETS STRUKTUR	6
2.2 EGET STÅSTED	6
2.3 PROFESJONEN MUSIKKTERAPI	7
<i>Organisatorisk kontekst</i>	7
<i>Tverrprofesjonelt samarbeid</i>	8
<i>Profesjon og skjønn</i>	9
<i>Profesjonsetikk og prioritering</i>	10
2.4 MUSIKKTERAPI I PSYKISK HELSE- OG RUSFELTET	11
<i>Arbeidsområder</i>	11
<i>Henvisning i internasjonal musikkterapilitteratur</i>	11
2.5 HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN I NORGE	12
<i>Lov om pasient- og brukerrettigheter</i>	12
<i>Lov om helsepersonell</i>	13
2.6 HENVISNINGSBEGREPETS TO BETYDNINGER	13
<i>Henvisning som dokument</i>	13
<i>Å henvise videre som en del av samarbeidet</i>	14
2.7 OPPSUMMERING	15
3. METODE	16
3.1 VITENSKAPSFILOSOFI	16
3.2 FORSKNINGSDSIGN	17

<i>Empirisk undersøkelse</i>	17
<i>Convergent mixed methods design</i>	18
<i>Kvantitativ delundersøkelse</i>	20
<i>Kvalitative delundersøkelse</i>	24
3.3 METODISKE SVAKHETER.....	28
3.4 ETISKE OVERVEIELSER	29
4.1 RESULTATER FRA KVANTITATIV DELUNDERSØKELSE	30
4.1.1 BAKGRUNN	30
<i>Arbeidsområde</i>	30
4.1.2 KAPASITET	31
<i>Antall brukere</i>	31
<i>Ventelister</i>	32
4.1.3 HENVISNING OG KONTAKTFORMIDLING	33
<i>Samvalgsverktøy</i>	33
<i>Skriftlige henvisninger</i>	34
<i>Begrep for kontaktformidling</i>	34
<i>Informasjonskilder, og uformidlet kontakt</i>	35
<i>Kontaktformidlere eller henvisere</i>	36
<i>Grupper som hyppigst formidler kontakt</i>	36
<i>Grunner for kontaktformidling</i>	37
<i>Rangering av kontaktformidling- og henvisningsgrunner</i>	38
4.1.4 ÅPEN TEKST: HVORDAN BØR HENVISNING TIL MUSIKKTERAPI FOREGÅ?.....	39
4.1.5 PÅSTANDER OM VILKÅR FOR MUSIKKTERAPI	40
4.1.6 HOLDNINGSUNDERSØKELSEN	41
<i>Skriftlige henvisninger</i>	41
<i>Prioritering</i>	41
<i>Nytte av og terskel for musikkterapi</i>	42
<i>Henvisningers form, rolle og funksjon</i>	43
<i>Standardisering av henvisning</i>	44
4.1.7 OPPSUMMERING AV RESULTATER	45
4.2 FUNN FRA KVALITATIV DELUNDERSØKELSE	46
4.2.1 TEMA A – AVHENGIG AV MELLOMLEDD, TEMATISK OVERSIKT	46
<i>Mellomleddene og deres kilder (A1)</i>	47
<i>Mellomleddet som kontaktholder (A2)</i>	48
<i>Mellomleddets forespørsler (A3)</i>	50
<i>Veier utenom mellomledd (A4)</i>	52
<i>Begrepet mellomledd – en arbeidsdefinisjon</i>	53

<i>Oppsummering av Tema A</i>	54
4.2.2 TEMA B — PRIORITERINGSDILEMMA, TEMATISK OVERSIKT	55
<i>Å gi plass til nye (B1)</i>	55
<i>Prioriterings pris (B2)</i>	56
<i>Det krevende skjønnet (B3)</i>	58
<i>For alle som vil, men ikke alltid (B4)</i>	59
<i>Oppsummering av Tema B</i>	60
5. DISKUSJON	61
5.1 FORTOLKNING AV RESULTATER OG FUNN	61
<i>Formidlet og uformidlet kontakt</i>	61
<i>Oversiktstabell, kontakt- og formidlingsformer</i>	64
<i>Hvem er formidlerne — mellomledd</i>	64
<i>Musikktapeuter i møte med prioritering</i>	68
5.2 VIGNETTEN I KONTEKST	69
5.3 KONKLUSJON	71
5.4 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG FORSKNING.....	72
5.5 METODISKE OVERVEIELSER	72
LITTERATURLISTE	74
VEDLEGG	78

Liste over tabeller

Tabell 1 – Ventelistetid	33
Tabell 2 – Hvordan henvisning til musikkterapi bør foregå.....	39
Tabell 3 – Presentasjon av informanter.....	46
Tabell 4 – Oversikt, Tema A.....	47
Tabell 5 – Oversikt Tema B:.....	55
Tabell 6 – Skjematisk oversikt, kontakt- og henvisningsformer	64

Liste over figurer

Figur 1 – Forskningsdesign	18
Figur 2 – Tidslinje over undersøkelsen.....	19
Figur 3 – Respondentenes arbeidsområder.....	31
Figur 4 – Antall forskjellige brukere.....	32
Figur 5 – Samvalgsværktøy.....	33
Figur 6 – Navn på kontaktformidling eller henvisning.....	34
Figur 7 – Informasjonskilder når noen er aktuelle for musikkterapi	35
Figur 8 – Kontaktformidlere og henvisere.....	36
Figur 9 – Rangering av hvor hyppig hver gruppe formidler eller henviser.....	37
Figur 10 – Kontaktformidlingsgrunner	38
Figur 11 – Rangering av kontaktformidlingsgrunner	38
Figur 12 – Holdning til påstander om vilkår for musikkterapi	40
Figur 13 – Holdninger til påstander om skriftlige henvisninger	41
Figur 14 – Holdninger om prioritering.....	42
Figur 15 – Holdninger om tidsbruk og samarbeid.....	42
Figur 16 – Holdninger til kriterier	43
Figur 17 – Holdninger rundt førstegangssamtale, kollegaers syn, henvisningsform	44
Figur 18 – Holdninger om standardisering, og informasjon i forkant.....	44

1. INTRODUKSJON

Vignett: Blir det noe musikkterapi, eller?

Jeg tok med meg en opplevelse i 2022 i arbeidet med oppgaven. Praksisperioden min var på en avdeling godkjent for tvungent psykisk helsevern¹, med om lag 30 døgnplasser fordelt på tre seksjoner som inkluderte en lokal sikkerhetsavdeling.

Opplevelsen dreide seg om beslutninger om hvem som skulle få anledning til å prøve musikkterapi med meg i min korte praksisperiode. Beslutninger ble tatt på grunnlag av det ledelse, miljøpersonale og behandlere og jeg, etter svært korte introduksjonssamtaler, kunne se for seg kunne ha nytte av musikkterapi.

Etter en tid tok en annen pasient kontakt med meg, og spurte om det ville bli noe individuell musikkterapi. Jeg måtte dessverre si som sant var at jeg ikke hadde tid, og at det ikke ville bli tid ettersom jeg bare skulle være der en kort tid. Jeg måtte avvise en som ønsket seg musikkterapi, og formidle i klare ordelag at andre hadde blitt prioritert før vedkommende. Jeg vet ikke om beslutningen jeg og personalet tok hadde vært riktig, og det plager meg enda (personlige notater, 04.01.2023).

Praksisperioden lærte meg mye om å stå i vanskelige valg innenfor en krevende etisk ramme av tvungent psykisk helsevern (Seberg, 2020). Å måtte velge mellom mennesker som begge hadde gitt uttrykk for et ønske om musikkterapi og hvor behovet var sannsynliggjort, satte i gang etiske refleksjoner rundt hva slags valg det var jeg hadde vært stilt overfor. Målet med refleksjonene var å finne frem til det riktige valget jeg burde ha tatt, og for å finne frem til den riktige handlingen neste gang jeg var stilt overfor noe lignende. Dette var ikke bare et personlig anliggende, men også et profesjonsetisk spørsmål (Hjort et al., 2018).

Bakgrunn for valg av tema

I Lov pasient- og brukerrettigheter (1999), heretter pasient- og brukerrettighetsloven, står lovens formål beskrevet i paragraf 1-1 som «å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet».

¹ Med lovhjemmel i Lov om etablering psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Dette er en utfordring for velferdsstaten (Aasen et al., 2018b), for skal fordeling av helsegoder foregå rettferdig, må det prioriteres etter individuelle behov utfra omforente kriterier, samtidig som man tar hensyn til at folk skal behandles likeverdige.

Prioriteringer foregår i alle deler av helsesektoren, ikke bare i spesialisthelsetjenesten, ifølge Riska og Aasen (2018). Aasen et al. (2018a) argumenterer for at begrepet fagspesifikt skjønn er sentralt for å forstå hvordan prioritering skjer i praksis. At en profesjonsutøver i helsevesenet skal være den som velger hvem som tilbys hjelp, eller hvem som får mer og hvem som får mindre, utfordrer tanken om brukermedvirkning og autonomi. Slik Magelssen (2018) beskriver det, kan prioritering fort oppfattes som uforenelig med helsepersonells profesjonsetikk. Det dreier seg om at også det enkelte helsepersonell på individuelt nivå gjør små og store prioriteringer i sin arbeidshverdag på grunnlag av skjønn, med utgangspunkt i sine profesjonsetiske normer og åpne og skjulte verdier.

Prioriteringsbeslutninger gjøres på grunnlag av profesjonelt skjønn, som er forbundet med en profesjonsetikk (Hjort et al., 2018). *Skjønn* beskrives som en praktisk måte å tenke på som hjelper profesjonsutøverne å finne ut hva de bør gjøre i en situasjon, utfra normene som finnes rundt dem, og hvilke krav som stilles til profesjonsutøvelsen (Grimen & Molander, 2008).

Lov om helsepersonell, heretter helsepersonelloven, definerer i paragraf 48 hvem som har autorisasjon som helsepersonell (1999). I skrivende stund er musikkterapeuter ikke autorisert som helsepersonell etter denne paragraf. Slik jeg forstår lovverk og lovtolkninger av Helsedirektoratet i teorikapittelet vil musikkterapeuter *når* de tilbyr en form for helsehjelp og arbeider innenfor helse- og omsorgstjenesten være omfattet av helsepersonelloven. Forsvarlighet i yrkesutøvelsen er der lovfestet gjennom paragraf 4. Den handler blant annet om hvordan helsepersonell skal samarbeide med annet kvalifisert personell. En del av samarbeidet dreier seg om informasjonsutvekslingen som sørger for at hjelp kommer fram fra rett person til rett tid. Hva skjer før musikkterapeuter yter sin hjelp? Så vidt jeg har funnet, er dette lite undersøkt i norsk sammenheng.

Avgrensning

Jeg har avgrenset oppgaven gjennom at det handler om musikkterapi innen feltet psykisk helse og rus. Videre er oppgaven avgrenset til hva musikkterapeutene har kunnet fortelle eller rapportere på undersøkelsestidspunktet, og ytterligere avgrensning har vært at den handler om hvordan musikkterapeutene samhandler med annet personell på et individuelt nivå.

Problemstilling og forskningsspørsmål

Hvordan foregår henvisningsprosessen til musikkterapi innen psykisk helse- og rusfeltet i Norge?

- Er det stor variasjon i hvordan henvisninger foregår, eller finnes det tendenser?
- I hvilken grad kan brukere sies å kunne henwise seg selv eller velge å prøve ut musikkterapi?
- Begrunnes henvisninger til musikkterapi, og i så fall, med hvilke grunner?
- Hvilke holdninger har musikkterapeuter til en mulig formalisering eller standardisering av henvisningsprosessen til musikkterapi?

Kommentar

Med problemstillingen ville jeg beskrive praksis på undersøkelsestidspunktet. Hensikten med studien har vært å bidra til en beskrivelse og forståelse av prosessen som skjer før kontakt mellom musikkterapideltaker og musikkterapeut oppstår. Dette innebar å undersøke hvordan musikkterapeuter opplever prosessen med å motta henvisninger, og hva de kunne formidle om konteksten dette foregår i. Med kontekst har jeg inkludert hvor de arbeidet, og med hvem.

Da jeg valgte henvisningsprosess, og ikke bare henvisning, skyldtes det en forforståelse om at det ikke var utbredt med skriftlige henvisninger. Jeg forholdt meg til henvisning som den norske oversettelsen av *referral* eller *referred*. *Referral* er i nyere tid beskrevet som en del av kartleggingsfasen med tanke på hvordan selve musikkterapien bør utformes (Waldon et al., 2019). I teorikapittelet viser jeg ulike forståelser av ordet henvisning. Henvisningsprosess er forbundet med begrepene henviser og henvisning. I Helsedirektoratet (2018b) henvisningsveileder forbindes begrepet henviser med dem som sender skriftlige henvisninger til spesialisthelsetjenesten, især fastleger, eller andre yrkesgrupper med henvisningsrett. I løpet av den refleksive tematiske analysen av intervjuundersøkelsen, oppdaget jeg et annet begrep for den praksis jeg fant, som var mer deskriptivt passende. Begrepet mellomledd er gitt en arbeidsdefinisjon i resultatkapittelet og drøftes videre i diskusjonen.

I diskusjonen har jeg drøftet om begrepet henvisning er for snevert for å beskrive hvordan kontakten mellom musikkterapideltakere² og musikkterapeut oppstår. Jeg fremmer kontaktformidling som et mer passende og overordnet begrep for den muntlige og skriftlige formidlede kontakten som foregår mellom musikkterapeuter og mellomledd.

² Jeg har i denne oppgaven valgt begrepet musikkterapideltakere som samlebetegnelse for dem som inngår i en musikkterapeutisk sammenheng med musikkterapeut. Begrepet søker å dekke både bruker, pasienter og deltakere, men ikke ansatte, musikkterapeuter og øvrig helsepersonell. Der det er relevant, presiserer jeg med uttrykk som ligger tett på konteksten.

Etter innsendt prosjektskisse, gjorde jeg et mindre utvalg av forskningsspørsmål av hensyn til oppgavens omfang, og basert på hvilke statistiske analysemetoder som jeg så det som mulig for meg å tilegne meg og gjennomføre. På bakgrunn av studiens hensikt om beskrivelse og ny teoretisk forståelse, blir forskningsspørsmålene belyst i diskusjonen med utgangspunkt i empiri og teori, og ikke hypotesetestet.

Litteratursøk

Jeg så raskt at referral også kan bety *omtale av*, som i det norske uttrykket henviser til en teori. Det ble derfor begrenset til søk på tittel og emne. På norsk søkte jeg på henvisning, kombinert med musikkterapi, psykisk helse, psykisk helsevern, og rus. Jeg søkte i databaser som scholar.google.com, oria.nmh.no, proquest's søk på scholarly journals.

Søk på henvisning/henvendelse/henviser og musikkterapi i gav ingen treff på oria.nmh.no verken NMH-biblioteket, norske fagbibliotek eller elektroniske ressurser. Søk i bora.uib.no gav tilsvarende null treff. Søk i Proquest gav tre treff med følgende søk: noft(music therapy) AND title(referral). 2 var innen eldrehelse fra 2007, og utelukket. Ett treff var innen det som på norsk heter barne og ungdomspsykiatri, som undersøkte klinikerens oppfatninger av musikkterapi. Etersom jeg hadde begrenset meg til å studere musikkterapeuters oppfatning, utelukket jeg denne. Søk på scholar.google.com gav 0 på musikkterapi OG henvisning, men på engelsk var det 9 treff på music therapy AND referral, i tittel. Blant dem ble 2 utelukket grunnet irrelevant felt. 1 var en masteroppgave som studerte legers oppfatninger av musikkterapi i somatikk, og ble utelukket. To treff viste til bokkapitler, som ble oppsøkt og inkludert, og nevnes i teorikapittelet (Waldon et al., 2019; Wigram et al., 2019).

Et senere litteratursøk som jeg gjorde i forbindelse med en annen oppgave om kartlegging i musikkterapi, inkluderte søkeord som assessment og kartlegging, og music therapy og musikkterapi, i tidsskrift som British Journal of Music Therapy, Nordic Journal of Music Therapy. Dette gav treff på Ala-Ruona (2005), som tas opp i teorikapittelet.

Jeg søkte også søkt etter dokumenter om henvisning på Helsedirektoratet sine hjemmesider. Helsedirektoratets lovfortolkning av om musikkterapeuter anses som helsepersonell fikk jeg tilgang til gjennom en elektronisk innsynsordning på einnsyn.no.

Valg av metode

For å besvare problemstillingen og belyse forskningsspørsmålene, valgte jeg et undersøkelsesopplegg med to parallelle delundersøkelser, en kvantitativ spørreundersøkelse og en kvalitativ intervjuundersøkelse. Data fra de to undersøkelsene ble analysert med henholdsvis

deskriptiv og univariat statistikk og refleksiv tematisk analyse. Litteratursøket gav grunn til å se på studien som et bidrag til en primærkartlegging av musikkterapeuter innen psykisk helse- og rusfeltet. Derfor er bakgrunnsdata samlet inn i spørreskjema. En komplett rapport over spørreskjemaautvalgets responser er lagt som vedlegg.

2. TEORI

2.1 Teorikapittelets struktur

Jeg vil først vise til perspektiver fra organisasjon- og profesjonsteori som er relevant for å forstå musikkterapeuters yrkesutøvelse som profesjonsutøvere. Jeg bruker profesjonsteori og -etikk til å belyse musikkterapeuters profesjonelle praksis, og hvordan deres beslutninger kan forstås innen konteksten av psykisk helse og rus-feltet. Deretter ser jeg på hvordan deler av musikkterapilitteraturen forstår henvisningsbegrepet og tidligere forskning. På bakgrunn av lovverk som regulerer helsevesenet og dem som arbeider der viser jeg hvordan jeg forstår konteksten. Her viser jeg til særlig to lover som jeg ser som relevante for å forstå henvisningsprosessen til musikkterapi som en del av musikkterapeuters yrkesutøvelse innen helse- og omsorgstjenesten. De to lovene er pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og helsepersonelloven (1999).

I teorikapittelets siste del vil jeg vise til to betydninger av ordet henvisning. Betydningen av ordet henvisning som kanskje er vanligst i dagligspråket, er den skriftlige henvisningen som allmenlegen sender til spesialisthelsetjenesten. Jeg viser at det finnes en annen betydning av verbet *å henvise* som ikke nødvendigvis er skriftlig, som jeg ser som relevant for å forstå funn og resultater.

2.2 Eget ståsted

Musikkterapeuten arbeider for rettferdig og likeverdig tilgang til tilbud og tjenester, og for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (Creo, 2022, s. 3, 5.6, Yrkesetiske retningslinjer for musikkterapeuter).

Jeg har som verdisyn at fordeling av musikkterapi bør foregå på en rettferdig og likeverdig måte, spesielt når det tilbys innenfor rammene av en offentlig finansiert helse- og omsorgstjeneste med begrenset kapasitet. Jeg ser det som viktig å finne ut hvordan musikkterapeuter kan bidra til mer «[å]penhet og brukermedvirkning» i prioriteringsbeslutninger rundt musikkterapi, som Helse- og omsorgsdepartementet beskrev som «en grunnleggende forutsetning for gode og legitime prioriteringsbeslutninger.» i sin melding til stortinget, nr 38 (2021). Om musikkterapeuter i framtiden skal autoriseres som helsepersonell, ser jeg det som viktig at profesjonen er bevisst spørsmål rundt hvordan deres helsehjelp bør fordeles og prioriteres. Det dreier seg om tillitten til

musikkterapi som profesjon innen helsevesenet. Mitt bidrag med denne studien er å undersøke vilkårene for hvordan pasienter og brukere kommer i kontakt med musikkterapeuter.

Jeg har vært i praksis innen psykisk helse-feltet, og min forforståelse har vært preget av ulike perspektiver, tilnærminger på musikkterapi, som humanistisk (Ruud, 2011), en ressursorientert tilnærming (Rolvsjord, 2010), recovery-orientering (Solli, 2014; Solli & Rolvsjord, 2015), et relasjonelt og intersubjektivt perspektiv (Trondalen, 2016), et menneskerettighetsperspektiv (Seberg, 2020), og perspektiver og tilnærminger fra samfunnsmusikkterapi (Stige & Aarø, 2011). Dette danner en bakgrunn og en ramme for oppgaven.

Feltbegrepet bruker jeg uten teoretisk ladning om feltet psykisk helse og rus som sammensatt av en rekke arbeidsområder. Hvordan musikkterapeuter har innrettet sine tjenester for å sikre lik tilgang, er mitt profesjonsperspektiv (Molander et al., 2008). Hvem musikkterapeutene samarbeider med, og hvordan de gjør det for å oppnå sine mål, er mitt tverrprofesjonelle perspektiv (Willumsen & Ødegård, 2016). Det handler altså om hvordan musikkterapeuter samarbeider med hverandre og andre yrkesgrupper innad i egen organisasjon og med individer fra andre organisasjoner. Spesielt har jeg sett på musikkterapeuter ansatt i organisasjoner med en helse-logikk (Eide, 2020). Perspektivene møtes i min undersøkelse gjennom en beskrivelse og forståelse av en bestemt form for samarbeid.

2.3 Profesjonen musikkterapi

Organisatorisk kontekst

Musikkterapeuter arbeider i organisatoriske kontekster, skriver Eide (2020) i sin artikkel *Institutional logics and the organizational context of music therapy*. Å se musikkterapeuten som en deltaker i en organisasjon, betyr å se musikkterapeutens handlinger i en større sammenheng under det som kalles institusjonell logikk. Logikken beskrives å ha flere nivåer: et individuelt nivå, et organisatorisk nivå og et samfunnsmessig nivå (Eide, 2020, s. 470). Begrepet institusjonell logikk dreier seg ikke om en bestemt tenkemåte, men materielle praksiser og kulturelle mønstre som er med å danne betingelsene for både tenke- og væremåter og meningsskapning (Eide, 2020, s. 466). Nivåforståelsen gjør at man kan se musikkterapeuters arbeid på ulike nivå.

Noen organisasjoner som musikkterapeuten arbeider i har en større forståelse for musikkterapi enn andre, og det som opptar Eide er institusjonelle logikker hvor musikkterapeuter opplever friksjon. Blant organisasjoner som musikkterapeuter arbeider i, er helseorganisasjoner diskutert av Eide (2020). Helseorganisasjonene karakteriseres av å være preget av en helse-logikk. På et organisatorisk plan, sier kan det i helse-organisasjoner oppstå rolleforvirring når musikkterapi blir inkludert som en del av helsetilbudet, sier Eide (2020, s. 470). Dette dreier seg om at

musikkterapi inkorporeres etter en alternativ logikk til den medisinske, hvor det er uklart for individer i organisasjonen om musikkterapiens rolle. Eide hevder videre at misforståelser om musikkterapeutens rolle på det individuelle plan i organisasjonen kan føre til «manglende tilgang på pasienter» (Eide, 2020, s. 470, min overs.). Dette argumenterer Eide for at vil kunne hindre videre implementering av musikkterapi i helsetjenesten.

Min studie kan forstås som en undersøkelse av hvordan en slik adgang eller tilgang til pasienter foregår i psykisk helse og rusfeltet i Norge, men også utvidet til å gjelde dem som benytter seg av kommunal helse- og omsorgstjeneste og deltakere i lavterskeltilbud.

På det individuelle plan i en organisasjon, er det fremsatt begreper som omhandler samhandling innad i tjenesteutvikling, og Ledger og medforfattere (2013, s. 720) viser til begrepet «gatekeeper». Begrepet brukes om to grupper som er relevante for oppgaven: 1) de som på ledelsesnivå åpner kanaler for nye tanker og praksiser som musikkterapi, og 2) de som hjelper musikkterapeutene med å få tilgang til pasienter. Det er den siste betydningen av ordet gatekeeper som er aktuell for min oppgave, ettersom den handler om hvordan musikkterapeuter blir hjulpet til å få tilgang eller adgang til pasienter, brukere og deltakere. På norsk oversettes gatekeeper til portvokter, som viser til en restriktiv rolle, der døråpner fremmes som en positiv motsats. I resultatkapittelet viser jeg et mer beskrivende og nøytralt begrep jeg fant gjennom analysen — mellomledd — som jeg i diskusjonen drøfter videre om er relevant for å forstå en viktig part i henvisningsprosessen til musikkterapi. Å se slike prosesser som en del av samarbeidet på tvers av profesjoner, er en annen forståelsesramme jeg bruker i oppgaven.

Tverrprofesjonelt samarbeid

Innen feltet musikkterapi i psykisk helse og rus, bruker Kielland et al. (2020) konsekvent uttrykket tverrfaglig. Tverrfaglig samarbeid betegner praksiser hvor ulike fag samarbeider, og hvor representanter for ulike fag er ansatt for å utføre ulike funksjoner (Lauvås & Lauvås, 2004). Et nyere uttrykk er tverrprofesjonelt samarbeid (Willumsen & Ødegård, 2016). Uttrykket hevdes å være et mer nyansert uttrykk, ettersom fagavgrensning er krevende, ifølge Willumsen (2016, s. 39). Av samme forfatter gis det en definisjon på tverrprofesjonelt samarbeid: «[tverrprofesjonelt samarbeid] dreier seg altså om samarbeid mellom ulike profesjonsutøvere som har en felles oppgave eller et felles prosjekt. De er engasjert i felles beslutninger, noe som innebærer integrasjon av andre faggruppers kunnskap og ferdigheter.» (Willumsen, 2016, s. 39).

Musikkterapeuter i spesialisthelsetjenesten involveres i å gjennomføre en god og tverrprofesjonell pasientbehandling, som er samarbeidet som vises til i Helsedirektoratets (2018a) rundskriv til

helsepersonelloven. For musikkterapeuter som arbeider i kommunal helse- og omsorgstjeneste er det grunn til å anta at de også samarbeider med annet personell.

Musikkterapeuter fatter sine valg og beslutninger i en organisatorisk kontekst som jeg i denne oppgaven forstår som tverrprofesjonell. En måte å se problemstillingen på, er å se den som et spørsmål om hvordan musikkterapeutene faktisk bringes inn i det tverrprofesjonelle samarbeidet rundt den enkelte bruker, eller pasient. Som individer i en organisasjon ser jeg musikkterapeuter som ansvarlig for å treffe beslutninger om hva som skal gjøres i og rundt musikkterapi fra dag til dag og over lengre perioder. Det neste avsnittet handler om hvordan det er mulig å forstå slik beslutningstaking som en type skjønnsvurdering.

Profesjon og skjønn

Grimen og Molander (2008) sitt arbeid om profesjon og skjønn har informert hvordan jeg forstår de skjønsmessige vurderinger som tas av musikkterapeuter, og de beslutningene de tar i de ulike kontekstene de inngår i. *Skjønn* ses som en praktisk måte å tenke på, som profesjonsutøvere bruker for å komme fram til hvilken handling som er rett, og hvilke argumenter som er gyldige. Skjønn ses på som noe som profesjonsutøvere gjør, når de bestemmer seg for hvilken beslutning som skal tas og en måte å tenke om hvilke beslutninger man skal ta basert på det man vet. I ulike sammenhenger finnes ulike måter å resonnerer på for å komme fram til beste valg av handling i den bestemte sammenhengen det gjelder.

Videre har profesjonell skjønnsutøvelse ulike forutsetninger i ulike normative kontekster, som presentert av Grimen og Molander (2008, s. 188-191). De viser til kontekster hvor individualiseringsprinsippet settes høyest: «[...] et normativt rammeverk som krever at hver enkelt pasient behandles i sin unikhed. Dette kalles et krav om *individualisering*» (Grimen & Molander, 2008, s. 190, forf. uthev.). Et prinsipp om individualisering tilsier at den som utøver skjønn skal finne frem til den beste handlingen for «en bestemt pasient eller klient i en bestemt situasjon» (Grimen & Molander, 2008, s. 190), uten å sammenligne dette med hva som gjøres i andre sammenhenger, med andre pasienter eller klienter.

Det er ikke alltid profesjonsutøveren treffer de rette valgene. Profesjonsutøverens skjønnsutøvelse baserer seg på det man vet om handlinger som har vært gjort av en selv, og andre, i lignende tilfeller: «det er *kasuistisk*», skriver Grimen og Molander (2008, s. 192, forf. uthev.). Hver situasjon er imidlertid unik, og selv den beste skjønnsutøveren vil handle på ulikt vis over tid.

Som de skriver, har skjønn som resonneringsform vilkårlige trekk: «Skjønn er en type resonnering som er underlagt noen uomgjengelige kilder til variasjon.» (Grimen & Molander,

2008, s. 194). Dermed blir det mulig å se skjønnsmessige vurderinger som nødvendigvis preget av en viss vilkårlighet, men å skille mellom det de kaller skjødesløs skjønnsutøvelse og vilkårlighet som hører til skjønnets egenart blir viktig for å ansvarliggjøre utøvere av skjønn.

Individualiseringsprinsippet kan komme i konflikt med andre prinsipper når det er ressursknapphet, hevder Grimen og Molander (2008, s. 190-191). Særlig gjelder det når de omtaler skjønn i «blandede kontekster»: «Da har man et prioriteringsproblem, som ikke kan løses uten å ta hensyn til andre enn ens eget unike tilfelle.» (Grimen & Molander, 2008, s. 190). Hvordan det argumenteres for å løse prioriteringsproblemer knytter seg tett til hvilke handlinger som musikkterapeuten ser det som verdt å gjøre og når, som også er et etisk og normativt spørsmål.

Profesjonsetikk og prioritering

For å treffe gode valg kreves trening i etisk refleksjon, hevder Aadland (2018) i sin bok *Etikk i profesjonell praksis*. Han tegner et skille mellom valg som tas i etiske dilemma, valg i møte med etiske problemer og valg i møte med ubehagelige opplevelser (2018, s. 41-43). En ubehagelig opplevelse krever ingen løsning, sier Aadland, men gir opphav til følelser som ligner de to øvrige. Etiske problemer dreier seg om «situasjoner som krev endring, men der ein ikkje ser klare handlingsalternativ» (2018, s. 41). Slik Aadland beskriver det, er det mulig å finne en tilfredsstillende løsning på etiske problemer. Det vil si at det i prinsippet finnes et foretrukket handlingsalternativ i en gitt situasjon, men det fremstår ikke klart for den som eier det etiske problem. Med valget i det *etiske dilemma* derimot, dreier det seg om et valg mellom «to ulike, men likeverdige løysingar» (Aadland, 2018, s. 42). Det er to prinsipper som står mot hverandre, og det er uklart hvilket prinsipp som skal veie tyngst, og det finnes ikke et tilfredsstillende handlingsalternativ, som ikke innebærer å bryte med ett av de to prinsippene.

Om skjønn ses på som en praktisk resonneringsform rundt beslutninger, skjer bevisste valg på bakgrunn av profesjonsetiske idealer (Hjort et al., 2018), og åpne og skjulte verdier (Aadland, 2018, s. 37-40). Særlig skjulte verdier bør bli klargjort, i en verdiklargjøring og refleksiv bevisstgjøringsprosess, i etterkant av situasjonen (Aadland, 2018). Et slikt arbeide innebærer blant annet å avgjøre om det er etiske problemer, etiske dilemma eller ubehagelige situasjoner en er stilt overfor, som hver gir ulike handlingsalternativer.

Å prioritere betyr å gi forrang til noe eller noen, og ordet er sentralt i Helsedirektoratets prioriteringsveileder: «Å prioritere er å ta bevisste valg om hva som skal gjøres først og hva som må vente, om hvem som skal få og hvem som skal få mindre eller hvem som ikke skal få» ("1. Prioriteringer i den norske helsetjenesten", 2015). Videre er Helsepersonellkommissjonens

rapport NOU: 4 (2023) og Meld. St. 38 (2021) aktuelle for diskusjonen rundt prioritering i norsk helse- og omsorgstjeneste.

Årsaken til at det må prioriteres er ressursknapphet, som jeg tidligere var inne på skjønn i blandede kontekster. Å rasjonere helsehjelp går imot verdier om å gi den beste behandlingen. For profesjonsutøvere innen helsevesenet er refleksjon rundt prioritering derfor et krevende arbeid, ettersom det setter profesjonsetikken i spill (Magelssen, 2018). Et type etisk dilemma som møter profesjonsutøvere under ressursknapphet, er derfor prioriteringsdilemma, som særlig ble aktualisert i 2020: «Prioriteringsdilemmaer oppstår når ressursknapphet fører til at et formål må gå foran et annet eller man må avvike fra standarder for god praksis» (Larsen et al., 2020, under Prioritering, første avsn.).

Musikkterapeuter som arbeider i psykisk helse og rusfeltet blir antakelig stilt overfor beslutninger som fordrer og avstedkommer etisk refleksjonsarbeid. Det dreier da seg om hvilke vurderinger som ligger til grunn for beslutninger om å tilby musikkterapi, eller omprioriteringer som gjøres i etterkant.

2.4 Musikkterapi i psykisk helse- og rusfeltet

Arbeidsområder

Jeg baserer forståelsen min av arbeidsområder i feltet som beskrevet i Etableringshåndboken, redigert av Kielland, Solli og Trondalen (2020). Boken gir beskrivelse av feltet og en oversikt over hvor musikkterapeuter kan arbeide innen psykisk helse og rus, og fem arbeidsområder beskrives: (1) Kommunal rus og psykisk helsetjeneste; (2) Distriktpsykiatrisk senter DPS, poliklinikk; (3) Flexible Assertive Community Treatment (FACT) og Assertive Community treatment (ACT); (4) akuttmottak og sengeposter – psykisk helse, og (5) Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (Kielland, et.al., 2020, s 29-39). De fem arbeidsområdene faller alle inn under helse- og omsorgstjenesten, hvor noen hører til spesialisthelsetjenesten, og andre den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Musikkterapi i lavterskeltilbud defineres ikke som et eget arbeidsområde.

Henvisning i internasjonal musikkterapilitteratur

Jeg vil nå trekke frem tre kilder som er relevante for å forstå oppgavens resultater og drøfting. Den første er de som generelt ser henvisning som starten på kartleggingsfasen, de andre er dem som ser på det ut fra klinisk praksis, og de siste er de som har undersøkt praksis empirisk.

Som representant for de første, er forfatterene Waldon og Gattino (2019). De beskriver henvisning som starten på kartleggingsprosessen, eller «assessment». Det dreier seg om at

musikkterapeuten henter informasjon om klienten i henvisningen eller i den innledende kontakt med hensikt om å kunne ta informerte valg om hvordan musikkterapeuten skal tenke videre rundt gjennomføring og evaluering av musikkterapien. Henvisningen utgjør en slik kilde til informasjon om klienten, og musikkterapeuten bør undersøke hva som står der for å bruke det som utgangspunkt for det videre arbeidet. Det dreier seg også om at ikke nødvendigvis alle som blir henvist til musikkterapi skal ha musikkterapi, og at utformingen av musikkterapien må kartlegges og vurderes av musikkterapeuten.

Som representant for de andre, er Silverman (2015, s. 142-143) en som beskriver henvisningsprosessen som idiosynkratisk og spesielt utformet i relasjon til den enkelte institusjon innen psykiatrisk musikkterapi i USA. Silverman viser imidlertid ikke til empirisk forskning på henvisningsprosessen når han beskriver dette, og derfor tolker jeg hans påstand til å være basert på klinisk erfaring og kjennskap til sitt felt. Wigram et al. (2019) nevner tilsvarende at henvisningspraksis ofte er definert i tett sammenheng med det bestemte kliniske område, men at det er «[nå] en internasjonal innsats for å etablere formelle rammeverk for henvisning til musikkterapi [...]» (Wigram et al., 2019, s. 233, min oversn.).

Av empirisk studier fant jeg én studie av relevant for feltet psykisk helse og rus, av Ala-Ruona (2005). Hans grounded theory-studie av kartlegging kaller han «Contact/Referral» (Ala-Ruona, 2005, s. 30, figur 1). Forfatterens grunnleggende spørsmål har inspirert meg i utforming av undersøkelsen, der han spør hva som i praksis skjer når musikkterapeuten blir kontaktet om en ny klient som skal henvises til musikkterapi (Ala-Ruona, 2005, s. 25).

Jeg fant ingen empirisk undersøkelse på henvisning til musikkterapi innen psykisk helse og rus-feltet i Norge.

2.5 Helse- og omsorgstjenesten i Norge

Lov om pasient- og brukerrettigheter

Den første loven jeg forholder meg til er pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Ifølge lovens paragrafer 2-1a og 2-1b, har alle som oppholder seg i Norge rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og kommunens helse og omsorgstjeneste. Loven inneholder en definisjon av helsehjelp, som noe som utføres av helsepersonell. *Helsehjelp* defineres i lovens paragraf 1-3c, på følgende måte: «handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell». Definisjonen av hva helsehjelp innebærer, og hvilke handlinger som omfattes av definisjonen av helsehjelp er vid. Siste leddsetning beskriver at handlinger skal være utført av helsepersonell om handlingene skal regnes som helsehjelp.

Lov om helsepersonell

Den andre loven jeg baserer meg på er helsepersonelloven (1999). Lovens paragraf 3 definerer hvem som regnes som helsepersonell. I følge helsepersonellovens paragraf 2 første ledd, gjelder loven for helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp. I følge helsepersonellovens paragraf 3, første ledd nr 2, vil helsepersonelloven gjelde for personell som yter helsehjelp innen helse og omsorgstjenesten. Den beskriver videre hvilke lovkrav som stilles til helsepersonells forsvarlige yrkesutøvelse.

Yrkestittelen musikkterapeut er ikke nevnt som autorisert helsepersonell i helsepersonellovens paragraf 48 (1999). Helsedirektoratet (2022) skriver i sin lovfortolkning at så lenge musikkterapeuter ikke er autorisert helsepersonell, er det ikke mulig å avgjøre om musikkterapeuter yter helsehjelp på generelt grunnlag. Helsedirektoratet skriver videre at det må konkret vurderes om tilbudet som ytes regnes som helsehjelp. De legger til grunn at definisjonen av helsehjelp er vid: «Definisjonen av begrepet «helsehjelp» er svært vid, og det fremgår ikke alltid klart om en handling er å anse som helsehjelp eller ikke.» (2022, s. 2, andre avsn.).

Ut fra en vid definisjon av helsehjelp i pasient- og brukerrettighetslovens paragraf 1-3c, og med bakgrunn i Helsedirektoratets lovfortolkning (2022), ser jeg det som sannsynliggjort at musikkterapeuter omfattes av helsepersonelloven så lenge musikkterapeuter utfører helsehjelp etter nevnte definisjon og er ansatt i helse- og omsorgstjenesten.

Det er to andre områdespesifikke lover som jeg vil trekke frem. Den første er Lov om spesialisthelsetjenesten (1999), heretter kalt spesialisthelsetjenesteloven, som gjelder for spesialisthelsetjenesten hvor en stor del av psykisk helse og rus-feltet befinner seg. Den andre områdespesifikke loven er Lov om kommunale helse- og omsorgstjenesteloven (2011), heretter helse- og omsorgstjenesteloven. Denne lovens paragraf 2-1 sier at helsepersonelloven også gjelder for personell som yter kommunale helse og omsorgstjenester.

2.6 Henvisningsbegrepets to betydninger

Henvisningsbegrepet er sentralt for oppgaven. Jeg skiller mellom henvisning som skriftlig dokument, og det å henvide som en handling som følger av forsvarlighetskravet i helsepersonellovens paragraf 4 (1999). I forskjellen mellom substantivet henvisning og verbet å henvide ligger en begrepsmessig nyanse hvor begge viser til samarbeidsmåter.

Henvisning som dokument

Henvisning som dokument ses uttrykt i Helsedirektoratets (2018b) henvisningsveileder, som omhandler henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Begrepet henvisning brukes der om en

skriftlig henvisning som sendes til spesialisthelsetjenesten, hvor pasienten får videre vurdert sine lovfestede rettigheter til helsehjelp. Uttrykket henvisning inngår her i en prosess med tre parter: 1) den som henviser; 2) den som mottar henvisningen; 3) den som er henvist. 1) Henviseren er typisk sett en allmennlege eller andre med rett til å henvise til spesialisthelsetjenesten, som ser seg nødt til å henvise sin pasient til 2) spesialisthelsetjenesten, hvor den 3) henviste pasienten får sin rett til helsehjelp videre vurdert. Slike henvisninger skal journalføres, ettersom det dreier seg om «opplysninger om melding av opplysninger», jf. pasientjournalforskriftens paragraf 7, første ledd, bokstav b (2019), hvor henvisning er nevnt som et eksempel.

Å henvise videre som en del av samarbeidet

Å henvise pasienter videre innen helse- og omsorgstjenesten er noe helsepersonell er forpliktet til å gjøre under visse omstendigheter, som det står i paragraf 4 i helsepersonelloven (1999). I paragraf 4 står det at «helsepersonell [...] skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig» (1999). Det å henvise videre ved behov i tilfeller når det er mulig, stilles som et krav til alt personell som omfattes av helsepersonelloven.

Den enkeltes kvalifikasjoner og anledning til å gi hjelp spiller inn, sier Helsedirektoratet (2018a) i sitt rundskriv om helsepersonelloven og kommentar til paragraf 4. Det trenger derfor ikke være en annen yrkesgruppe. Helsedirektoratet (2018a) skriver videre at årsaken til at dette er nødvendig, handler om at pasienter skal gis forsvarlig behandling, og at helsepersonell skal gi den hjelpen de er i stand til utfra egne kvalifikasjoner og situasjonen de arbeider i. Jeg har imidlertid ikke funnet beskrevet i rundskrivet at å henvise pasienter videre er ensbetydende med å sende en skriftlig henvisning. I rundskrivet beskriver de følgende:

Andre ledd andre punktum krever at yrkesutøvelsen skjer ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier det. Dersom det er nødvendig for å oppfylle forsvarlighetskravet og for å gi pasienten et adekvat og helhetlig tjenestetilbud, skal helsepersonell samarbeide om pasientbehandlingen [...] (Helsedirektoratet, 2018a, 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse, §4, andre ledd, 4. avsn., min uthev.).

Personell som omfattes av helsepersonelloven, ser ut til å kunne oppfylle dens lovkrav om å henvise pasienter videre, uten at det er nødvendig å sende en skriftlig henvisning. Det er tilstrekkelig at det samarbeides om pasientbehandlingen.

Denne andre betydningen av uttrykket å henvise er sentralt for oppgaven fordi det innebærer at musikkterapeuter, som annet personell som yter helsehjelp og arbeider i helse- og

omsorgstjenesten, kan få pasienter henvist til seg, uten at musikkterapeuten mottar en skriftlig henvisning. Dette følger av det som tidligere er nevnt: Om musikkterapeuter yter helsehjelp og arbeider innen helse- og omsorgstjenesten, omfattes musikkterapeuter av helsepersonelloven og plikter å samarbeide om pasientbehandlingen. Dette gjelder også musikkterapeuter som yter helsehjelp og er ansatt i kommunale helse og omsorgstjenester.

Det jeg i problemstillingen kalte henvisningsprosessen, kan dermed ses på som en måte musikkterapeuter innen helse- og omsorgstjenesten samarbeider med andre for å oppfylle forsvarlighetskravet i helsepersonelloven.

2.7 Oppsummering

I teorikapittelet har jeg vist hvordan profesjon og organisasjonsteori kan bidra til å forstå musikkterapeuters handlinger i en organisatorisk kontekst av helsevesenet, og som et ledd i et tverrprofesjonelt samarbeid om pasienter og brukere. Musikkterapeuters handlinger og hvordan de forteller at de resonnerer om sine valg kan forstås som skjønnsmessige vurderinger med utgangspunkt i en profesjonsetikk som blir utfordret i situasjoner med ressursknapphet. Jeg har trukket fram deler av sentrale lovtekster og vist hvordan de bidrar med konteksten for musikkterapeuters handlinger innen psykisk helse og rusfeltet, med vekt på helsepersonellovens forsvarlighetskrav og pasient- og brukerrettighetslovens definisjon av helsehjelp. Jeg har vist til måter å forstå henvisningsbegrepet på, utfra henvisningsveilederen og helsepersonelloven. Henvisningsprosessen til musikkterapi innen psykisk helse og rusfeltet ses som en måte å organisere et tverrprofesjonelt samarbeid.

3. METODE

Jeg vil først redegjøre kort for mitt vitenskapsfilosofiske utgangspunkt som danner rammen for oppgaven. Videre gjør jeg rede for valg av empirisk undersøkelsesopplegg og forskningsdesignet «Convergent Mixed Methods design». Jeg presenterer valgte prosedyrer for innsamling og analyse av data, og redegjør for undersøkelsens forløp gjennom en tidslinje. Deretter viser jeg hvordan den kvalitative intervjuundersøkelsen og påfølgende analyse ble gjennomført, og hvordan jeg dannet temaene Avhengig av mellomledd og Prioriteringsdilemma. Jeg vil deretter redegjøre for valg jeg har tatt som kan ha påvirket funn og resultater. Til slutt tar jeg opp metodiske svakheter og forskningsetiske overveielser.

3.1 Vitenskapsfilosofi

Betydningen av å ha et reflektert forhold til sitt kunnskap- og verdenssyn er spesielt viktig ved bruk av mixed methods i musikkterapiforskning, hevder Bradt og medforfattere (2013). De ulike forskningstilnærmingene som kombineres stammer nemlig fra ulike vitenskapstradisjoner og baserer seg på ulike antagelser om verden, den kunnskapen som det er mulig å få om den, og den kunnskapen som det er verdt å få. Bradt og medforfattere (2013, s. 127) nevner kritisk realisme som et passende og overordnet perspektiv for mixed methods. Også mixed methods-forskerne Creswell og Plano Clark (2018, s. 40), vurderer at kritisk realisme kan være et «produktivt ståsted» for å fasilitere samarbeid mellom ulike forskningstilnærminger.

Kritisk Realisme (KR) er en kompleks posisjon som forsøker å navigere mellom positivisme og post-modernisme, og er en filosofi i bevegelse og utvikling (Buch-Hansen & Nielsen, 2020; Jakobsen, 2021; Pilgrim, 2019). For å situere min undersøkelse, vil jeg i det følgende kort skissere posisjonen. Kunnskapssynet innen KR betegnes av Jakobsen (2021) som *epistemologisk relativisme*. Det vil si at vitenskapelige kunnskapspraksiser regnes som sosiale praksiser som gir sosiale produkter: kunnskap er en situert, tentativ og feilbarlig praksis. KR sitt verdenssyn beskrives som en *realistisk ontologi*. KR hevder at virkeligheten er sinn-uavhengig, men at den også er dyp og lagdelt, som skiller KR fra det Pilgrim (2019) kaller naiv realisme, som antar en verden der ute – flat og umiddelbart tilgjengelig for sansene. Innen KR, tar forskeren utgangspunkt i empiriske fenomener, og forsøker å slutte seg til hvordan verden må være for at dette kunne skje, gjennom en resonneringsprosess kalt retroduksjon (Buch-Hansen & Nielsen, 2020, s. 68-71). Dette innebærer å fremme velfunderte, men tentative og feilbarlige antagelser, gjennom utkast til ny teori, og legge antagelsene frem for forskerfellesskapet.

3.2 Forskningsdesign

Jeg minner om problemstillingen min: Hvordan foregår henvisningsprosessen til musikkterapi i psykisk helse og rus-feltet i Norge? Med et slikt spørsmål var jeg ute etter en beskrivelse av hvordan noe foregår. Som spørsmålstype, er dette et eksempel på spørsmål som kvalitative metoder kan besvare (Malterud, 2018, s. 32). Samtidig, spør jeg i problemstillingen etter hvordan noe foregår i psykisk helse og rus-feltet i Norge, som er et større område som det krever mange enheter for å beskrive. Dette er et eksempel på det som kvantitative metoder kan besvare (Thornquist, 2018, s. 236). Jeg så det som nødvendig å innhente både kvalitative og kvantitative data for å besvare problemstillingen.

Empirisk undersøkelse

Når eksisterende kilder ikke er tilstrekkelige for å besvare problemstillingen, trengs en empirisk undersøkelse. Valg av undersøkelsesopplegg ved empiriske undersøkelser er en del av de tidlige fasene, uansett valg av metode for innsamling og analyse av data ifølge Jacobsen (2015, s. 66). Med Jacobsens begreper, betegner jeg mitt undersøkelsesopplegg som: (1) en beskrivende tverrsnittundersøkelse, (2) intensivt (i dybden) og ekstensivt (i bredden), og (3) med mål om teoretisk generalisering (Jacobsen, 2015, s. 99-100).

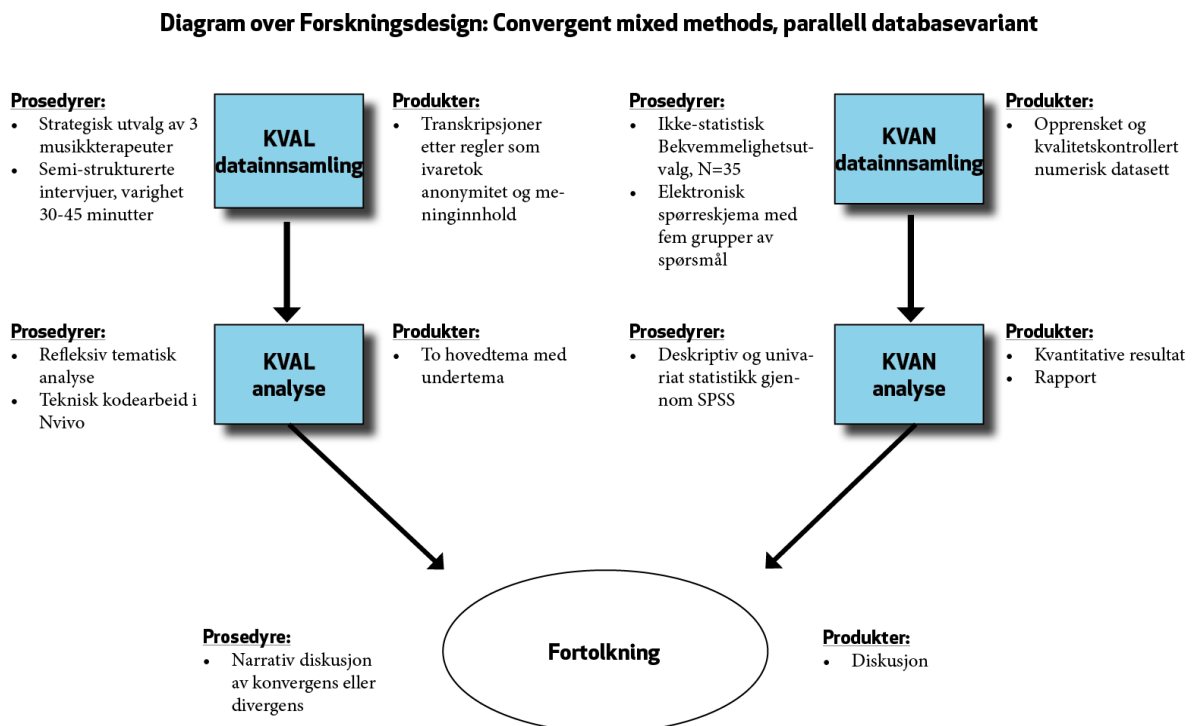
- (1) *Tverrsnittstudie* betyr at det dreier seg om å undersøke hvordan henvisningsprosessen foregår i det tidsrommet undersøkelsen gjennomføres. Dette betyr at jeg verken skulle undersøke korrelasjoner, kausale sammenhenger, eller forandringer over tid.
- (2) *Intensiv og ekstensiv* er begreper om undersøkelsestyper som sier noe om forhold mellom antall variabler og måledybde. Der en intensiv undersøkelse er av få enheter, med mange variabler — i dybden, undersøker en ekstensiv undersøkelse mange enheter med færre variabler — i bredden. Jacobsen (2015, s. 150-151) kaller det delundersøkelser når intensive og ekstensive undersøkelser inngår i samme undersøkelsesopplegg med metode-triangulering.
- (3) Målet med mitt undersøkelsesopplegg er å muliggjøre en teoretisk generalisering. Det vil si at målet er ny teori, som kan gi begreper som kan gi en bedre forståelse. Dette beskriver Jacobsen (2015) som typisk for intensive undersøkelsesopplegg, og står i et i motsetningsforhold til rendyrkede ekstensive undersøkelsesopplegg som har statistisk generalisering som mål. Statistisk generalisering handler om å generalisere resultater til å gjelde populasjonen, basert på det man finner i et utvalg. Dette forutsetter en annen utforming av kvantitative måleinstrumenter, datatyper, og andre statistiske analyser.

Jacobsen (2015, s. 150-151) oversetter mixed methods som metode-triangulering, men nevner ikke kombinasjonen der kvalitativ tilnærming og kvantitativ tilnærming gjøres parallelt, og vektet likt. Dette kalles *convergent mixed methods design* (Bradt et al., 2013; Creswell & Plano Clark, 2018), og er mitt valgte design.

Convergent mixed methods design

Designet regnes som en kjernetype innen mixed methods forskning (Creswell & Plano Clark, 2018, s. 65-77). Figur 1 er lagd med utgangspunkt i et diagram hos Creswell og Plano Clark (2018, s. 76). I figuren ses den kvalitative delundersøkelsen på venstre side, og på den høyre side ses den kvantitative. Det Creswell og Plano Clark kaller prosedyrer og produkter, vises ved hver av delundersøkelsenes faser i figuren. Pilene mellom de blå boksene viser flyten i de to adskilte delundersøkelser, og figuren skal vise at KVAL og KVAN er planlagt og utført som to adskilte delundersøkelser. Prosedyrene beskrives i dette metodekapittelet, og jeg forklarer hvilke grep som var tatt for å holde delundersøkelsene adskilte, selv om jeg som forsker gjennomførte begge. Produkter av analyse gis som funn og resultater i resultatkapittelet. En egen rapport er lagt som vedlegg.

Figur 1 – Forskningsdesign



Pilene i Figur 1 fra hver delundersøkelse peker og konvergerer mot fortolkningen. Måten jeg valgte å gjøre kombinasjonen på, som to samtidige og adskilte delundersøkelser som bringes sammen i tolkningen, kalles «parallell database variant» (Creswell & Plano Clark, 2018, s. 73).

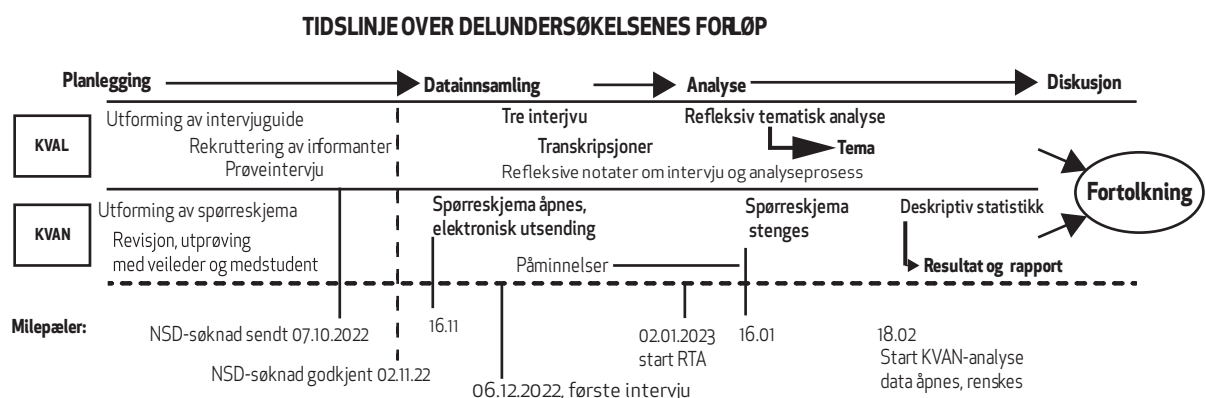
Formålet med å velge nettopp konvergent design, dreier seg om hvilke spørsmål designet er egnet til å svare på: Er det grunn til å se at det som blir sagt og rapportert om henvisningsprosessen i delundersøkelsene sammenfaller, eller ikke, og i så fall hvorfor? Å svare på dette spørsmålet skjer gjennom ovalen i Figur 1, fortolkning, en fase som har oppgavens diskusjon som produkt. Det gjør jeg gjennom en narrativ diskusjon (Creswell & Plano Clark, 2018, s. 226-227). Det innebærer en fortolkning av de to delundersøkelsene hvor jeg vurderer hvordan de kan sies å konvergere gjennom en sammenhengende skriftlig fremstilling diskutert opp mot teori.

Jeg valgte en type fixed design (Creswell & Plano Clark, 2018). Det ble ikke gjort designmessige endringer siden undersøkelsen startet. Selv om jeg ikke planla hvor lenge hver fase av undersøkelsen skulle vare, gjorde jeg grep for å holde dem adskilt. Figur 2 viser en tidslinje som leses fra venstre mot høyre. Tidslinjen kan ses på som en versjon av Figur 1 med detaljering av prosedyrer og produkter satt på toppen av en kronologisk prikket linje.

Den øverste raden inneholder faser i undersøkelsen. Den analytiske prosessen i den kvalitative delundersøkelsen begynner imidlertid tidligere, gjennom bekjentgjøringsfasen, og den hermeneutiske prosess som startet med min forforståelse (Alvesson & Sköldberg, 2008).

Tidslinje over undersøkelsens forløp

Figur 2 – Tidslinje over undersøkelsen



Jeg begynte med spørreskjema-utforming i forbindelse med litteratursøk og utforming av prosjektskissen i februar 2022, før utforming av intervjuguiden. Ettersom spørreskjema er en strukturert måte å innhente informasjon på som ikke tillater endringer underveis i informasjonsinnhenting, begynte jeg med dette arbeidet først (Haraldsen, 2010; Aarø, 2007).

Det kan ha påvirket tilnærmingen til utformingen av intervjuguiden og gjennomføring av intervjuet, ettersom min forståelse av oppgavens tema og problemstilling ble informert av arbeidet med å operasjonalisere problemstillingen til spørsmål i spørreskjema.

Ettersom jeg gjennomførte begge delundersøkelsene, må den horisontale linjen i Figur 2 mellom KVAL og KVAN forstås som veiledende. Gjennomføring av første intervju skjedde først 06.12.2022 slik at gjennomføringen av intervjuene ikke fikk påvirke utformingen av spørreskjema. Tilsvarende, innhenting av spørreskjema skjedde elektronisk, og jeg valgte å ikke åpne SurveyXact underveis for å la gjennomføring av intervjuene være upåvirket av data som kom inn. På denne måten ble informasjonsinnsamlingen holdt separat.

Rekkefølge på analyse var også planlagt for uavhengighet i delundersøkelsene. Innhenting skjedde elektronisk uten min kontroll. Jeg begynte analyse av KVAL før KVAN-innsamling var avsluttet. Da jeg lukket undersøkelsen for nye respondenter 16.01.2023, så jeg antall besvarelser som hadde kommet inn, men utforsket ikke datasettet. Jeg lastet ned det numeriske datamaterialet fra spørreskjemaundersøkelsen 18.02.2023, først etter at jeg hadde skrevet ut KVAL-funn.

Å holde analysefasene adskilt på denne måten var en designavgjørelse som handlet om å ikke la den kvalitative analyse bli påvirket av det kvantitative datamaterialet. Tilsvarende, var det min intensjon å ikke ta med temaene fra KVAL inn i den kvantitative datautforskningen. Den kvalitative analyse har vært med å forme mine antagelser underveis, derfor vendte jeg i det kvantitative analysearbeidet også tilbake til tidligere prosjektskisser for å se mine tidligere antagelser om hva jeg forventet å finne. I fortolkningen oppsøkte jeg både KVAL funn og KVAN resultater for å skrive diskusjonen.

Jeg har beskrevet undersøkelsesopplegget eller forskningsdesignet og jeg vil nå gå nærmere inn på valgte prosedyrer i den kvantitative delundersøkelsen, før jeg gjør det samme for prosedyrer ved den kvalitative delundersøkelsen.

Kvantitativ delundersøkelse

Jeg valgte en kvantitativ spørreundersøkelse ved bruk av et elektronisk spørreskjema (Jacobsen, 2015). For å svare på problemstillingen ville jeg spørre musikkterapeuter om å rapportere rundt forhold ved henvisningspraksis der de arbeidet på undersøkelsestidspunktet innen psykisk helse og rus-feltet. Som Jacobsen (2015) beskriver, en tversnittstudie gir grunnlag for å uttale seg kun om de besvarelser som har kommet inn på bakgrunn av et gitt spørsmålssett, over en gitt tidsperiode, og fra et gitt utvalg respondenter. Jeg beskrev utvalgets besvarelser på lukkede

spørsmål gjennom deskriptiv statistikk, slik som har vært gjort i tidligere kartleggingsstudier av musikkterapeuter i Norge (Halås, 2019; Hodne, 2008).

Spørreskjema

Kvantitative spørreskjemaer inneholder spørsmål som formuleres på bakgrunn av forskerdefinerte kategorier, det vil si at problemstillingen omsettes til noe som lar beskrive kvantitativt og operasjonaliseres (Haraldsen, 2010; Jacobsen, 2015; Aarø, 2007). Det er mange hensyn å ta i spørreskemakonstruksjon, ettersom utforming av spørreskjema baserer på hvordan en planlegger å analysere data (Haraldsen, 2010; Aarø, 2007). En fornuftig analyse av talldata må videre basere seg på en statistisk forståelse av hvilke statistiske operasjoner som det gir mening å gjøre på hvilke typer data (Field, 2013; Lund & Christophersen, 1999). Altså, hvilke typer resultater man er ute etter bygger på hvilken analyse som er mulig å gjøre, som baserer seg på hvilke typer data man samler inn, som avhenger av spørsmålsutformingen.

Med lukkede spørsmål ledes respondentene til å besvare spørsmålet på en på forhånd definert måte, og deres responser kan telles ettersom svaret på spørsmålet gjøres til et tall, et intervall, en mengde eller en kategori. Mange respondenters besvarelser utgjør en type data som peker i en retning av en sentral tendens. At det finnes mål på sentral tendens, er en grunnleggende kjensgjerning i statistikk (Lund & Christophersen, 1999). Det er slike tendenser i datasettet som blir gjenstand for fortolkningen, på tvers av respondenter, variabel for variabel.

Populasjon og utvalg

Studiens målpopulasjon var alle yrkesaktive musikkterapeuter innen psykisk helse og rusfeltet. Utvalget mitt kan karakteriseres som et bekvemmelighetsutvalg med selvutvelgelse, der respondentene selv opprettet sin respondentstatus ved å åpne en lenke til skjema Jacobsen (2015, s. 311-312). Avgjørende ved slike ikke-sannsynlighetsutvalg er å erkjenne at sannsynligheten for systematisk skjevt utvalg er stor, og at statistiske generaliseringer fra utvalg til populasjon blir uholdbare, og at utvalget er «ikke-representativt i statistisk forstand» (Aarø, 2007, s. 28). Som nevnt i forskningsdesignet, hadde min undersøkelse et mål om teoretisk generalisering. Ettersom jeg utfra utvalgstype verken kan eller skal generalisere fra utvalg til populasjon, gjør jeg ingen beregning av svarprosent.

Utforming av spørreskjema - prosess

Med utgangspunkt i problemstillingen og teori, startet utforming av spørreskjema januar 2022. Fra å ha utformet et svært omfattende spørreskjema i fem deler, ble det gjort revisjon i flere omganger i samråd med veileder. I tillegg ble skjema prøvd med medstudenter med praksiserfaring innen lavterskeltilbud. At veileder hadde mange års arbeidserfaring som

musikkterapeut innen spesialisthelsetjenesten, styrket undersøkelsens gyldighet ved første øyekast for denne delen av feltet (Jacobsen, 2015).

Selve utformingen av det elektroniske spørreskjemaet foregikk i dataprogrammet SurveyXact.

Ved å bruke et elektronisk spørreskjema gjennom SurveyXact, kunne enkelte spørsmålsalternativer presenteres i tilfeldig rekkefølge for respondentene, som kan motvirke rekkefølgeeffekter. Noen spørsmål ble bare stilt på bakgrunn av tidligere svar, slik at flest mulig spørsmål skulle oppleves relevante for respondenten for å sikre høy gjennomføringsgrad.

Den endelige versjonen ble vedlagt NSD-søknaden. Kun rekkefølgene på gruppen av kategorier ble forandret før spørreskjemaet ble åpnet for utfylling.

Beskrivelse av spørsmål i spørreskjema

Spørreskjemaet bestod av fem grupper av spørsmål, som til sammen gav 114 variabler i datasettet. Jeg vil beskrive de fem gruppene, og viser til spørreskjemaet som ligger som vedlegg.

Den første gruppen med spørsmål handlet om respondenten, og dens arbeidsted: Geografisk område, prosentstilling, stillingsbeskrivelse, ansettelsesforhold, arbeidserfaring og arbeidsfelt. I denne gruppen stilte jeg også spørsmål til respondentene om samvalgsverktøy for psykose, antall forskjellige og nye brukere som møtes i uken. Målenivå inkluderte kategorisvar og intervalldata. Ved spørsmål med flervalgssvar, ble det gitt åpne tekstfelt som et mulig svaralternativ for å fange opp alternativer jeg ikke hadde forutsett.

Den andre gruppen av spørsmål handlet om venteliste: Er venteliste i bruk, hvor mange står der, og hvor lenge står brukere på venteliste. Målenivå inkluderte kategorisvar og intervalldata.

Den tredje gruppen omhandlet spørsmål rundt kommunikasjon rundt nye brukere: Hvordan får respondentene vite om en mulig ny bruker, hva kalles dét, og hvem er det som setter dem i kontakt med disse nye. Dette var flervalgsspørsmål hvor svaralternativ ble presentert i tilfeldig rekkefølge for hver respondent. Jeg ba i tillegg respondentene rangere hvem som oftest setter dem i kontakt med nye brukere. Dette gav ordinaldata.

I den fjerde gruppen av spørsmål ba jeg respondentene ta stilling til seks påstander om vilkår for å få musikkterapi. Jeg innledet spørsmålene med teksten: Tenk på hvordan henvisninger til musikkterapi foregår på din arbeidsplass. Spørsmålene var knyttet opp til musikkinteresse, ønske om musikkterapi og musikkterapi som anbefalt behandling. Her ble det benyttet en bi-polar 5-punkts Likert skala med nøytralt midtpunkt, med alternativer fra Helt galt – noe galt – verken galt eller riktig – noe riktig – helt riktig. Likert-skala er en type skala som er egnet til å måle holdninger til påstander, som stiller krav til utforming av påstandene (Eberhard-Gran, 2017, s. 46; Jacobsen, 2015, s. 279-281).

Siste og femte gruppe med spørsmål dreide seg direkte om skriftlige henvisninger og rutiner rundt dette. Respondentene ble spurt om de får skriftlige henvisninger, hvor mange i så fall, om det er rutiner, og i hvilken grad disse følges. I tillegg ba jeg samtlige respondenter beskrive hvordan henvisning til musikkterapi burde foregå gjennom et åpent tekstfelt. Slike åpne tekstfelt er anbefalt av Aarø (2007, s. 15) for å supplere øvrig informasjon og øke forståelsen av resultatene. Jeg ba deretter respondentene ta stilling til påstander om blant annet henvisninger til musikkterapi. Likert-skalaene var, som i forrige gruppe, bipolar med nøytralt midtpunkt, og totalt fem svaralternativ fra Helt uenig til svært enig.

Utsending av skjema, påminnelser:

Spørreskjema ble ferdigstilt og åpnet for respondenter gjennom SurveyXact 14.11.22. En kort informasjonstekst og lenken til detaljert informasjonsbrev og spørreskjema ble laget som en nettside hos Norsk Forening for Musikkterapi (NFMT), en interesseforening for musikkterapi i Norge (NFMT, 2022). I det følgende bruker jeg *Lenken*, om lenken til denne nettsiden, når jeg viser de fem påminnelsene som ble gjort:

Lenken ble delt gjennom egen sosiale medie-profil på en lukket og intern gruppe for musikkterapeuter i psykisk helse og rus-feltet 21.11.22. NFMT' spredde Lenken til sin egen nettside på sin sosiale medier-konto 21.11.22. NFMT' gav påminnelse per epost med Lenken inkludert, 28.11.2022. Jeg distribuerte Lenken gjennom egen sosiale medier-profil 05.12.2022, i en offentlig og åpen gruppe for alle musikkterapeuter og musikkterapiinteresserte i Norge. Polyfon - kunnskapsklynge for musikkterapi, delte Lenken på sin sosiale medier-profil den 09.12.2022. Skjema ble lukket 16.01.2023.

Deskriptiv statistikk

Aarø (2007, s. 24) viser til deskriptiv statistikk som en måte å analysere på: «[Det] handler om å regne ut statistiske størrelser som summerer opp egenskaper ved utvalget [...]». Formålet er å beskrive utvalget og ikke å trekke slutninger om en populasjon, som Aarø kaller slutningsstatistikk. I min delundersøkelse har de statistiske størrelsene vært frekvenser, median, gjennomsnitt, standardavvik, og prosentvisfordelinger av responser på spørsmål. Sammen danner de statistiske størrelsene egenskaper ved utvalget som jeg har beskrevet.

En kopi av datasettet ble eksportert i anonymisert form fra SurveyXact og lastet ned. Jeg gav alle respondenter unik id, før jeg satte i gang med opprensning av datasett i Excel. Jeg fjernet respondenter uten samtykke, og jeg fjernet respondenter med mindre enn 90% fullføringsgrad, og satt igjen med 35 nær-komplette besvarelser.

Deretter importerte jeg filen til statistikkprogramvaren IBM SPSS Statistics, versjon 28.0.0. (190), lisensiert gjennom Norges Musikkhøgskole. I programmet la jeg inn variabelmerking og endret på språklige feil som skyldes at «æøå» ikke ble gjenkjent av programvaren. Jeg gjorde en manuell kontroll av Missing data / user missing og fulgte kvalitetskontroll etter Aarø (2007, s. 31-32), men jeg la ikke inn erstatningsverdier.

Jeg begynte så med statistisk utforskning og analyse av datasett gjennom tabeller som frekvenstabeller, krysstabeller, og diagrammer som stolpediagram, kakediagram, histogram, prosentvis fordeling, alt etter hva som var relevant for det enkelte målenivå. Jeg benyttet meg av prosedyrer som finnes i programmet SPSS (Field, 2013).

Min antagelse i datautforskningen var at det ikke ville finnes tendenser i besvarelsene, men dette ble ikke hypotesetestet. I de tilfeller der jeg så tendenser i besvarelsene som brøt med forventninger jeg hadde utfra spørreskjemaets design, mine antagelser, og teori, utforsket jeg dette mer. Kun resultater som brøt med de forventningene eller antagelsene jeg hadde ut fra spørsmålene jeg stilte, eller det som jeg ellers fant relevant for diskusjonen, trekkes frem i det kvantitative resultatkapittelet.

Respondenter, og nedrunding av prosenter

Jeg bruker ordet *respondenter* om dem som har besvart spørreskjemaet, ettersom det ikke ble spurt om de var utdannet som musikkterapeuter. I resultatkapittelet runder jeg konsekvent prosenter ned til nærmeste hele tall når tallet gis i tekst. Dette gjør jeg fordi utvalget er lite, og å bruke desimaltall i prosent gir et inntrykk av presisjon og statistisk generalisering som ikke har vært undersøkelsens formål. Presise tall og prosenter gis i tabeller i rapporten.

Åpent tekstfelt – behandles separat

Åpne tekstfelt i enkelte flervalgsspørsmål ble ikke analysert kvantitativt. Spørsmålet «Hvordan bør henvisningsprosessen foregå» ble behandlet kvalitativt, inspirert av tematisk analyse.

Kvalitative delundersøkelse

Refleksivitet, mening, hermeneutikk

I tråd med EPICURE-akronymets (Stige et al., 2009) sterke betoning av det refleksive i kvalitativ forskning, så jeg mine egne erfaringer som en før-vitenskapelig betingelse for at jeg formulerte problemstillingen som jeg gjorde. Min egen forforståelse ble satt i forgrunnen gjennom valg av hermeneutisk meningsfortolkning som med sin spiralbevegelse setter ny erkjennelse som mål (Alvesson & Skoldberg, 2008).

Etter som psykisk helse og rus-feltet også består av mer enn spesialisthelsetjenesten som jeg selv hadde bakgrunn i, gjorde jeg i samråd med veileder et strategisk utvalg (Kvale & Brinkmann, 2017) av musikkterapeuter fra utvalgte arbeidssteder. Jeg tok sikte på å la deres erfaringer komme til orde gjennom valg av kvalitativt semistrukturert forskningsintervju som metode.

I intervjuene ba jeg musikkterapeutene beskrive det de hadde erfart og det de hadde tenkt rundt emnet. Skal forskeren beskrive andres erfaringer som blir formidlet gjennom språk, er fortolkning ikke til å komme utenom, hevder Malterud (2018, s. 48), som problematiserer et skarpt skille mellom beskrivelse og tolkning innen kvalitative forskningstradisjoner. Sett med en hermeneutisk tilnærming, innebærer det at musikkterapeutene må fortolke mine ønsker og intensjoner som forsker, før de fortolker sine egne tidligere erfaringer og beskriver disse på en måte de antar at jeg kommer til å forstå. Med en egen erfaringsbakgrunn som kan være forskjellig fra de jeg intervjuer på måter jeg ikke selv har oversikt over, må jeg fortolke og forstå deres beskrivelser fra mitt utgangspunkt, eller min erkjenneshorisont, for å si det med Gadamer (2010).

Jeg valgte meg refleksiv tematisk analyse (RTA), en analysemetode med henblikk på mening (Braun & Clarke, 2022). I den innledende delen av analysen lå jeg tett på det som forfatterne kaller en empatisk hermeneutikk (Braun & Clarke, 2022, s. 160). Etter hvert forandret jeg innstilling til transkripsjonene til en mer kritisk innstilling, som jeg viser i gjennomgang av analysen.

Kvalitativt semistrukturert intervju

Forskningsintervjuene dreide seg om en kombinasjon av åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål, hvor jeg søkte musikkterapeutenes nyanserte beskrivelser av sine erfaringer med å få nye musikkterapideltakere. Jeg behandlet intervjuene som ekspertintervju (Kvale & Brinkmann, 2017), og hadde en målsetting om å få intervjupersonene til å fortelle om forhold rundt det å få nye musikkterapideltakere.

I informasjonsskrivet som var vedlagt NSD-søknaden er min forforståelse av temaet for studien tydelig. Ordbruken forutsetter at begrepet henvisning både er forstått og i bruk av musikkterapeutene jeg ville intervjuer. Problemstillingen dannet grunnlag for utforming av min intervjuguide. I intervjuguiden brukte jeg også åpnere spørsmålsformuleringer. Intervjuguiden ble en rettesnor for intervjuet, og jeg fulgte intervjupersonenes samtalespor, og stilte også direkte spørsmål. Intervjuene foregikk slik sett på mine premisser, med utgangspunkt i min problemstilling. Dette stiller krav til etiske overveielser rundt intervjusituasjonen. Jeg stilte spørsmål som var utforskende og indirekte, og jeg stilte spørsmål som kunne bli oppfattet som

kritiske, som spørsmål nr. ni i intervjuguiden. I tillegg stilte jeg normative og preskriptive spørsmål, som nummer ti i intervjuguiden.

Intervjuene ble gjennomført fysisk på egnet sted på musikkterapeutenes arbeidsplass, med digitalt lydopptak i tråd med NSD-søknad. Intervjuvarighet var mellom 30 og 45 minutter. Rekkefølgen av intervjuer var ikke planlagt på forhånd. Siste intervju var med musikkterapeut i spesialisthelsetjenesten. Etter et eksplisitt samtykke fra intervjupersonen, ble også innhold i samtale etter lydopptaker ble skrudd av referert i intervjunotatene.

Jeg var opptatt av hvordan musikkterapeuter så prosessen med å få nye musikkterapideltakere. Dette var en prosess musikkterapeutene selv var deltakere i og jeg var nysgjerrig på hvilken *mening* de gav denne i intervjusituasjonen. Dette fordret bruk av transkripsjonsregler som ivaretok ordvalg og syntaks. I tillegg tok jeg med betoning og markerte pauser, samt latter og andre non-verbale ytringer, som alle kunne være med på å danne mening i et sosialt samspill som kan gå tapt i en skriftliggjøring av et intervju (Kvale & Brinkmann, 2017). Jeg ivaretok forskningsetisk behov for anonymisering ved å endre dialekt, gi intervjupersonene pseudonymer og ny identitet, og anonymiserte tredjeparter.

I etterkant av hvert intervju gjorde jeg meg refleksive notater om det som jeg la merke til som spesielt interessant, og hva jeg skulle gjøre annerledes til neste intervju, som anbefalt av Kvale og Brinkmann (2017). Et utdrag fra et slikt selvkritisk notat var: «Slik jeg tenker nå, fikk jeg ikke tak i nyanser, følelser, frustrasjoner. Det ble kanskje et vel innholdsrettet intervju.» (personlige notater, 09.12.2022). Slik bruk av selvrefleksjon og selvkritikk i kvalitativ forskning vektlegges av Stige og medforfattere (2009).

Notatene ble brukt til å planlegge det neste intervjuet og forbedre intervju kvaliteten, og ble siden brukt som del av fase 1 i RTA.

Refleksiv Tematisk Analyse (RTA)

Braun og Clarke (2022) dannet mønster for gjennomføringen av min kvalitative analyse. De ser RTA som en ikke-lineær prosess i seks faser, som vektlegger et grundig refleksivitetsarbeid. Jeg førte en refleksiv prosjektdagbok (Braun & Clarke, 2022, s. 19), og gjorde refleksive notater underveis. Teknisk koding, utforskning med tematiske kart, og lagring av refleksive notater ble gjennomført i programvaren NVivo, versjon 1.7.1 (1534), etter inspirasjon fra Baker (2016). Lisens ble gitt gjennom Norges musikkhøgskole.

Fase 1: Analytisk bekjentgjøring:

Etter å ha selv laget intervjuguide, gjennomført og transkribert intervjuene, var stoffet kjent, men ikke med et analytisk blikk. Fase 1 bestod av to grundige gjennomlesninger av hver transkripsjon, hvor jeg skrev refleksive notater i forkant, underveis og i etterkant, med oppmerksomhet rundt hva jeg la merke til. Jeg leste også egne intervjunotater tatt i etterkant av hvert intervju og notater etter transkripsjon. Mitt teoretiske utgangspunkt var likevel ikke mulig for meg å legge bort, som jeg brakte med meg inn i kodearbeidet.

Fase 2: Den åpne kodeprosessen

Jeg kodet finmasket og inklusivt, ved at et utsagn kunne få flere koder. Jeg skapte koder på bakgrunn av det analytiske arbeidet med transkripsjonene, med beskrivende koder. Koder fra tidlig i denne fasen kunne være «vansker med å avslutte forløp», eller «muntlige forespørsler skjer direkte til musikkterapeuten». Kodene beskrev det som var sagt på måter som kan være gjenkjennelig for intervjupersonene. Jeg dreide mot latent koding mot slutten av kodeprosessen. Dette var i tråd med en tilnærming som også innebærer teoridannelse underveis i analysen. Eksempel på kode fra denne fasen kunne være «tilfeldige håndteringsstrategier», eller «et avgjørende formidlingsarbeid».

Fase 3: Innledende generering av tema

Jeg tok en utskrift av kodelisten og så etter fellestrekk. Kodene med nær identisk ordlyd ble markert for mulig sammenslåing. Der jeg så koder med sterke fellestrekk som kunne omhandle det samme, utforsket jeg utsagnene som hørte til, og grupperte eventuelt kodene. Etter hvert bygget jeg et bredt og dypt hierarki av koder, som jeg utforsket med visuelle hjelpemidler som tematiske kart, som en del av den analytiske prosess. Et eksempel på en slik større og mer overordnet kode eller utkast til tema kunne være «forbedring av kontaktkvalitet». Ut fra hva jeg kan lese i prosjektrapport og prosjektdagbok, ble jeg i denne fasen tydelig opptatt av hvem som deltok i henvisningsprosessen og hvordan musikkterapeutene opplever valg i prosessen og i mindre grad av henvisningens form.

Fase 4: Revisjon av tema

Her forkastet jeg tema som verken hadde med problemstillingen å gjøre, eller som jeg ikke fant dekkende for alle transkripsjonene. Et eksempel på forkastet tema var «Voksesmerter» — smertefulle endringer over tid forbundet med økt tilfang av musikkterapideltakere og mindre kapasitet. Spørsmålet om kapasitet ledet meg likevel til prioriteringsspørsmålet, i en senere fase. Ut fra prosjektdagbok og framgangsrapport fra denne fasen ser jeg at jeg famlet etter begreper som kunne beskrive prosessen slik jeg forstod den så langt.

Fase 5: Raffinering, definerings og navngiving

I refleksive notater fra fase 1 så jeg at etikk hadde vært aktuelt ved start. Etske spørsmål hadde ikke dukket opp på kodenivå, men det dukket altså opp omkring fase fem. Dette gav mening til tidligere faser, og jeg oppsøkte teori rundt etikk i profesjonell praksis. Jeg ble i denne fasen opptatt av skjønn, som én intervjuperson hadde nevnt eksplisitt, og mer overordnede etiske betraktninger. Jeg oppsøkte igjen profesjonsteori om skjønn. Dette førte til en redefinering av både sammenstilling av analytiske betraktninger og utdrag fra transkripsjoner og presentasjon av temaer og undertemaer.

Fase 6: Utskriving og presentasjon

I denne fasen skrev jeg ut funnene til en sammenhengende tekst, og søkte en balanse mellom intervjupersonenes utsagn, beskrivelse, tolkning og redegjørelse for min prosess. Prosessen ledet meg til å lage to temaer med undertemaer som jeg fant relevant for problemstillingen, og dekkende for min analytiske forståelse av intervjupersonenes beskrivelser. Disse var A: Avhengig av mellomledd, og B: Prioriteringsdilemma. Temaer og undertemaer blir presentert og redegjort for i resultatkapittelet.

3.3 Metodiske svakheter

Jeg brukte uttrykket henvisning i deler av spørreskjema, og delte begrepet i skriftlig henvisning og ikke-skriftlig henvisning. For respondentene kan det ha vært uklart hva jeg mente når jeg brukte ordet henvisning om begge betydningene. Begrepsbruken reflekterte min teoretiske forforståelse, der jeg antok at henvisning var et begrep som er veletablert i helsevesenet, og noe de fleste hadde et forhold til.

Jeg har ikke gjort empirisk kontroll av begrepsmessig gyldighet i spørreskjema (Jacobsen, 2015, s. 363-364). Jeg har kun benyttet meg av det Jacobsen kaller gyldighet ved første øyekast, gjennom utprøving med veileder og medstudenter i utformingsfasen. Tendensene i resultatet kan skyldes effekter av spørreskjemaformingen. Det ligger imidlertid i forskningsdesignet at spørreundersøkelsens teoretiske generaliserbarhet er søkt støttet gjennom den kvalitative delundersøkelsen.

En svakhet ved oppgaven er at det ble valgt et komplekst undersøkelsesopplegg, hvor mange variabler ble innhentet gjennom spørreskjema. Færre variabler kunne gjort det mulig med mer avansert analyse, som ble valgt vekk av hensyn til gjennomføring innenfor rammen av masteroppgaven.

3.4 Etiske overveielser

Som insider-forsker (Kvale & Brinkmann, 2017) som utdannes til musikkterapeut og ønsker å arbeide innen feltet psykisk helse og rus, har jeg hatt en dobbel interesse av emnet. Det har derfor vært viktig i fortolkningen å balansere min egeninteresse av å lære mer om feltet for å bli en bedre musikkterapeut, og forskningsinteressen som har dreid seg om en undersøkelse av eksisterende praksis.

Det ble innhentet skriftlig og informert samtykke fra intervjupersoner og fra respondenter. Skriftlig samtykke fra intervjupersoner og kodenøkkel ble oppbevart forsvarlig, i en kodebeskyttet safe. Transkripsjon av lydopptak ble gjort på datamaskin frakoblet internett. Anonymisering av transkripsjonene ble gjort på bokmål, med dialektale kjennetegn tatt bort. Databehandler var firmaet Rambøll har oppbevart spørreundersøkellesdata forsvarlig, som inkluderte epost og ip-adresse. Data ble anonymisert ved nedlastning fra SurveyXact. Respondenters fritekst-besvarelser ble anonymisert på lik linje, og omsatt til bokmål for å ivareta anonymitet.

Godkjent NSD-søknaden er lagt i vedlegg.

4.1 RESULTATER FRA KVANTITATIV DELUNDERSØKELSE

I resultatdelen av oppgaven begynner jeg med resultater fra den kvantitative delundersøkelsen, og følger rekkefølgen på spørsmål i spørreskjema. En komplett beskrivelse av utvalgets responser finnes i en rapport, se første vedlegg. Andre halvdel av resultatkapittelet dreier seg om funn fra den kvalitative delundersøkelsen.

4.1.1 Bakgrunn

De 35 som gjennomførte undersøkelsen fordelte seg tilnærmet jevnt mellom Østlandet og Vestlandet, med en liten overvekt av respondenter fra Østlandet. Dette bekrefter tidligere studier om at arbeidsplassene for musikkterapeuter er i hovedsak geografisk konsentrert rundt utdanningsinstitusjonene på Øst- og Vestlandet (Halås, 2019). Stillingsbeskrivelsen musikkterapeut ble rapportert av 85% av mine respondenter. Dette er høyere enn i Halås (2019, s. 56) sin undersøkelse, hvor 55% av respondentene hadde stillingsbetegnelsen musikkterapeut. Fast ansettelse ble oppgitt av 82% av mine respondenter, et forhold som ikke ble undersøkt hos Halås (2019). Samtlige av mine respondenter oppga at de har en fast stillingsprosent, og 71% av respondentene rapporterte at de har en heltidsstilling. Halås (2019, s. 14, vedlegg 2) fant i sin undersøkelse at 49% av musikkterapeuter arbeidet i heltidsstilling, og mitt utvalg hadde dermed en større andel som arbeider i heltidsstilling enn hva som tidligere er vist for musikkterapeuter i Norge.

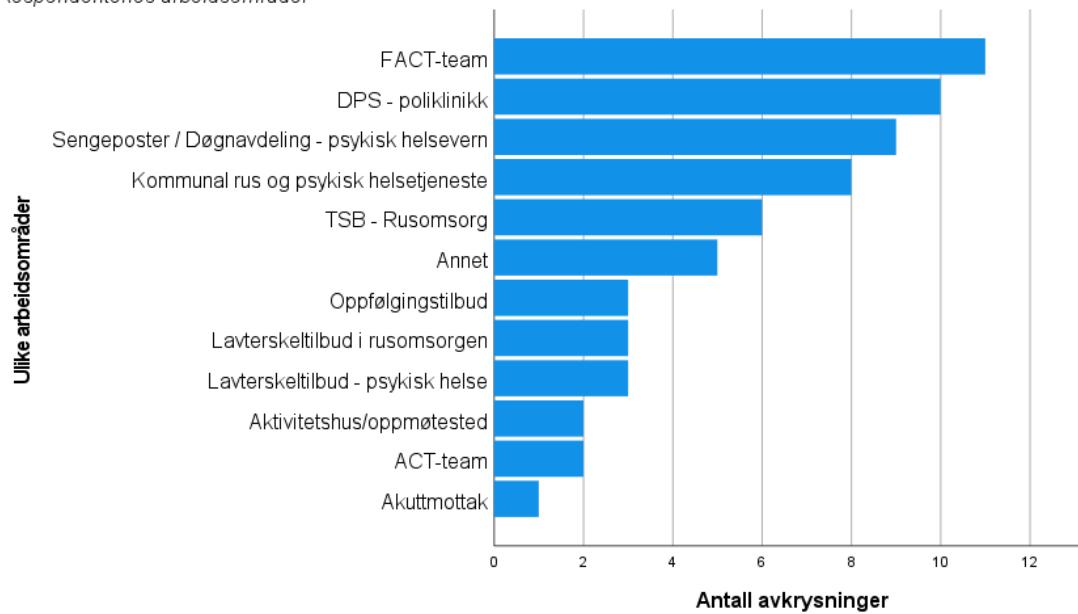
Det var variasjon i hvor lenge respondentene har arbeidet i feltet psykisk helse og rus. Medianen var på 5-6 år. I underkant av tre fjerdedeler av respondentene har arbeidet mer enn tre år i feltet psykisk helse og rus.

Arbeidsområde

Respondentene svarte at arbeidsplassen befinner seg gjennomsnittlig 1,8 områder innen feltet ($n = 35$, S.A. = 1,079). 54% arbeidet bare i ett område og 22% arbeidet i to områder. Halås (2019, s. 44) fant at om lag 75% av sine respondenter i aktivt arbeid hadde kun én stilling. Ut fra dette virker mitt utvalg å ha flere forskjellige arbeidsplasser enn musikkterapeuter oppgav i Halås undersøkelse. Figur 3 viser at fleste av respondentene arbeider i spesialisthelsetjenesten, og en del i kommunal rus og psykisk helsetjeneste, under kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Figur 3 – Respondentenes arbeidsområder

Respondentenes arbeidsområder



Note: Flere svar var mulig per respondent.

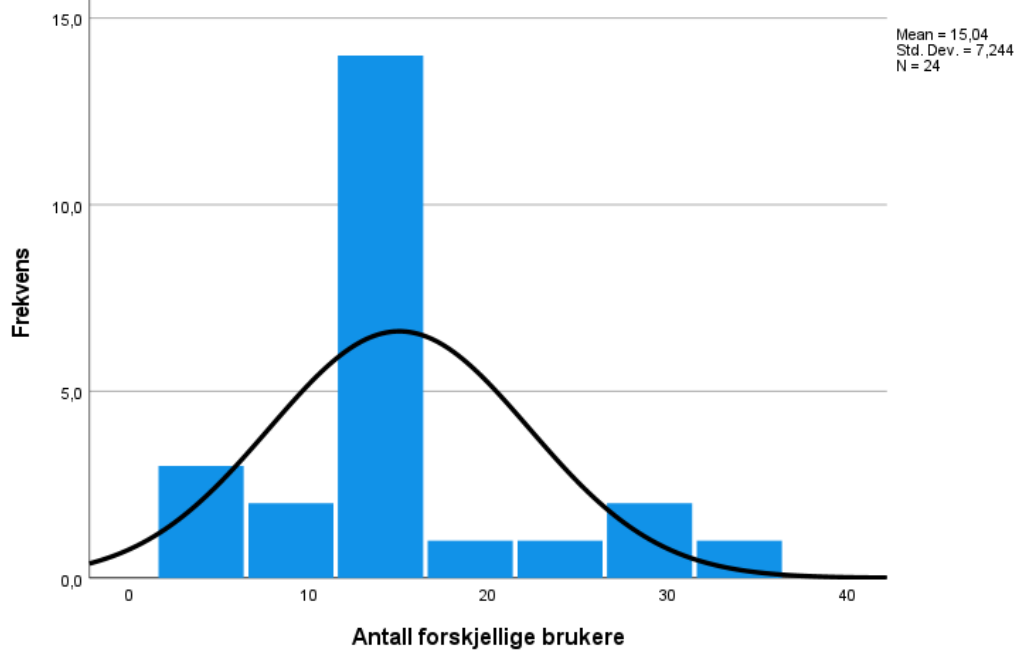
4.1.2 Kapasitet

Antall brukere

Det er stor spredning når det gjelder hvor mange forskjellige brukere respondentene oppgav å møte ukentlig. Figur 4 viser en stor samling av responser rundt og i underkant av gjennomsnittet. 58,4 % møter mellom 12-16 brukere ukentlig.

Figur 4 – Antall forskjellige brukere

Histogram av antall forskjellige brukere rapportert



Note: Mean = gjennomsnitt, Std. Dev er standardavvik.

30 av 34 respondenter oppgav at de møter 0-2 nye brukere ukentlig.

Ventelister

Blant 35 respondentene, oppgir 60% å ha brukere på venteliste. Av disse, oppgir 15 respondenter at de har 1-4 brukere på venteliste, og like under en femtedel at de har 10-14 brukere på venteliste. 20 respondenter svarte på spørsmål om hvor lenge brukerne står på venteliste. Flest rapporterte at brukere står mer enn 10 uker på venteliste, men Tabell 1 viser at det er spredning i verdiene.

Tabell 1 – Ventelistetid

Hvor lenge står brukere på venteliste?

		<i>n</i>	Prosent	Valid Prosent
Valid	0-1 uke	1	2,9	5,0
	2-3 uker	5	14,3	25,0
	4-5 uker	4	11,4	20,0
	6-7 uker	1	2,9	5,0
	8-9 uker	2	5,7	10,0
	Mer enn 10 uker / mer enn to og en halv måned	7	20,0	35,0
	Total	20	57,1	100,0
Missing	System	15	42,9	
Total		35	100,0	

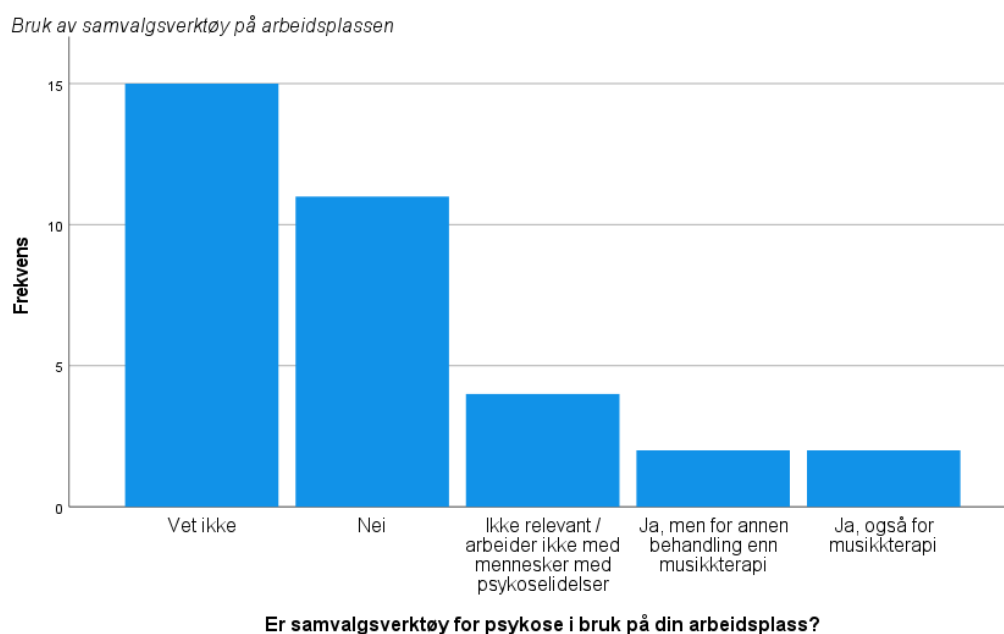
Note: «Missing system» er respondenter som ikke hadde brukere på venteliste, som derfor ikke fikk dette spørsmålet presentert. Valid prosent er prosent med utgangspunkt i de 20 som besvarte spørsmålet.

4.1.3 Henvisning og kontaktformidling

Samvalgsverktøy

Samvalgsverktøy for psykose var i svært liten grad i bruk på respondentenes arbeidsplass, og om det var i bruk så kjente ikke respondenten til det, se Figur 5:

Figur 5 – Samvalgsverktøy



Skriftlige henvisninger

74% av respondentene mottok skriftlige henvisninger. Median og typetall tilsier at disse mottok 0-1 skriftlige henvisninger på en vanlig uke.

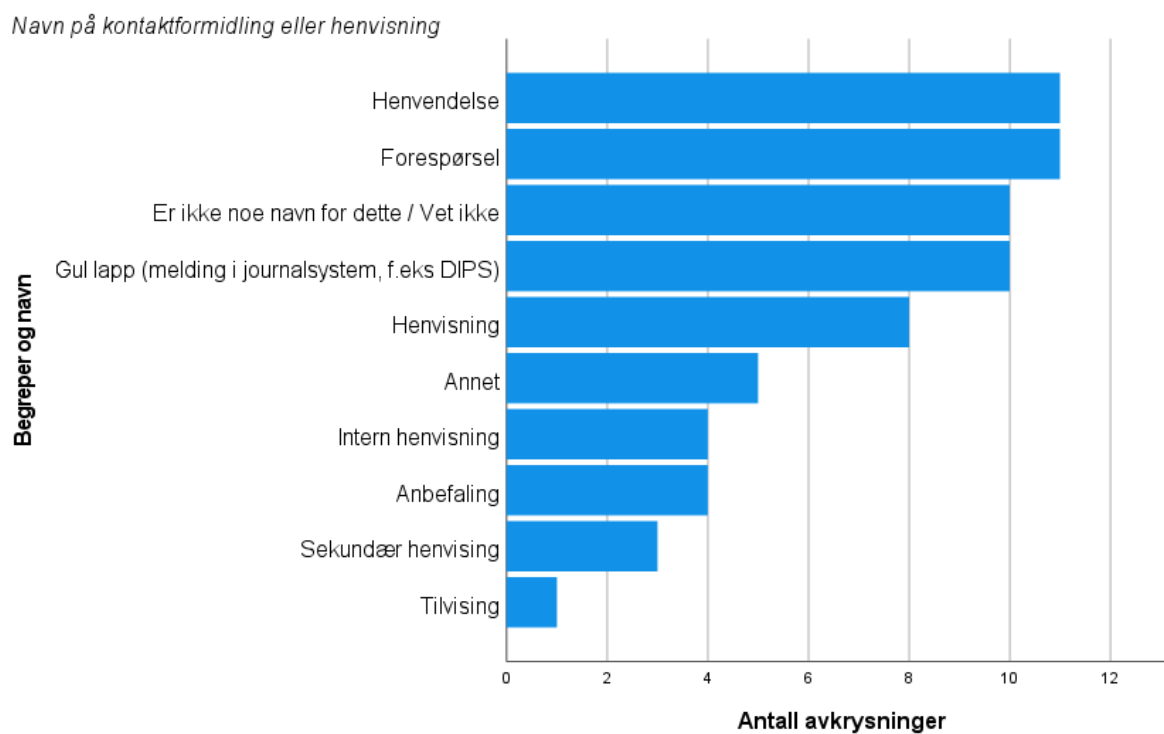
Spørsmålet om rutiner rundt skriftlige henvisninger ble også stilt til dem som ikke mottok skriftlige henvisninger. Totalt 42% av respondentene oppgir at arbeidsplassen har rutiner for henvisning. Blant de 15 som bekreftet rutiner for henvisninger på arbeidsplassen, svarte 9 at henvisningsrutinene ofte ble fulgt.

Begrep for kontaktformidling

Det var flere begreper for kontaktformidling som ble valgt av respondentene. Gjennomsnittlig krysset de av for like under to forskjellige begreper, og like over nitti prosent av respondentene valgte mellom 1-3 navn på prosessen (gj.snitt = 1,91, SA. = 1,172).

Figur 6 viser et liggende stolpediagram over hvilke begreper som ble valgt, og hvor mange avkryssninger hvert begrep fikk. Blant alternativer for skriftlig kontakt var *Gul lapp* begrepet som fikk flest avkryssninger. Spørsmålet virker å være nytt for en del av respondentene, som vist gjennom mange avkryssninger for vet ikke.

Figur 6 – Navn på kontaktformidling eller henvisning

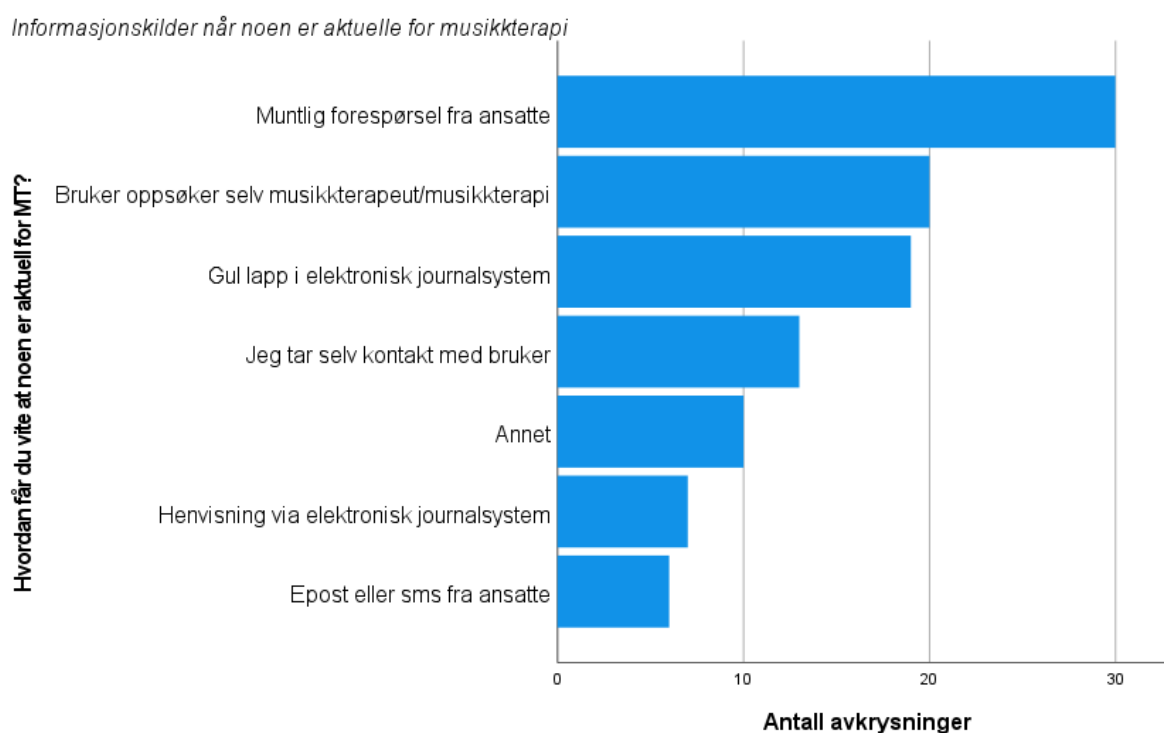


Annet-kategorien i Figur 6 inneholder fritekst-svar hvor noen respondenter trekker frem at pasienter og brukere henvises til et mer «omfattende program» som respondenten arbeider som en del av, og ikke til musikkterapi direkte. De beskriver at det dermed ikke er en direkte henvisning til respondenten, men til teamet eller tjenesten respondenten er en del av. En respondent beskriver det som at det kalles henvisning, men at det ikke er formelt.

Informasjonskilder, og uformidlet kontakt

Respondentene ble spurt om hvordan de fikk vite om noen er aktuelle for musikkterapi, og på flersvarsspørsmålet krysset de av for gjennomsnittlig tre måter ($n = 35$, S.A. = 1,414). *Muntlig forespørsel fra ansatte* er den klart hyppigst rapporterte enkeltmåte som ble svart av 85%. Figur 7 viser øvrig fordeling.

Figur 7 – Informasjonskilder når noen er aktuelle for musikkterapi



Muntlig forespørsel fra ansatte kan ses som en samlebetegnelse for både henvendelse og forespørsel i Figur 6. Gul lapp i elektronisk journalsystem er den skriftlige kommunikasjonsformen som ble svart av 54%. 20% oppgir å få henvisninger i journalsystemet, hvilket tyder på at sistnevnte i mindre grad er vanlig for respondentene. Figur 7 viser i tillegg at initiativ til kontakt også kommer både fra bruker, og fra respondentene.

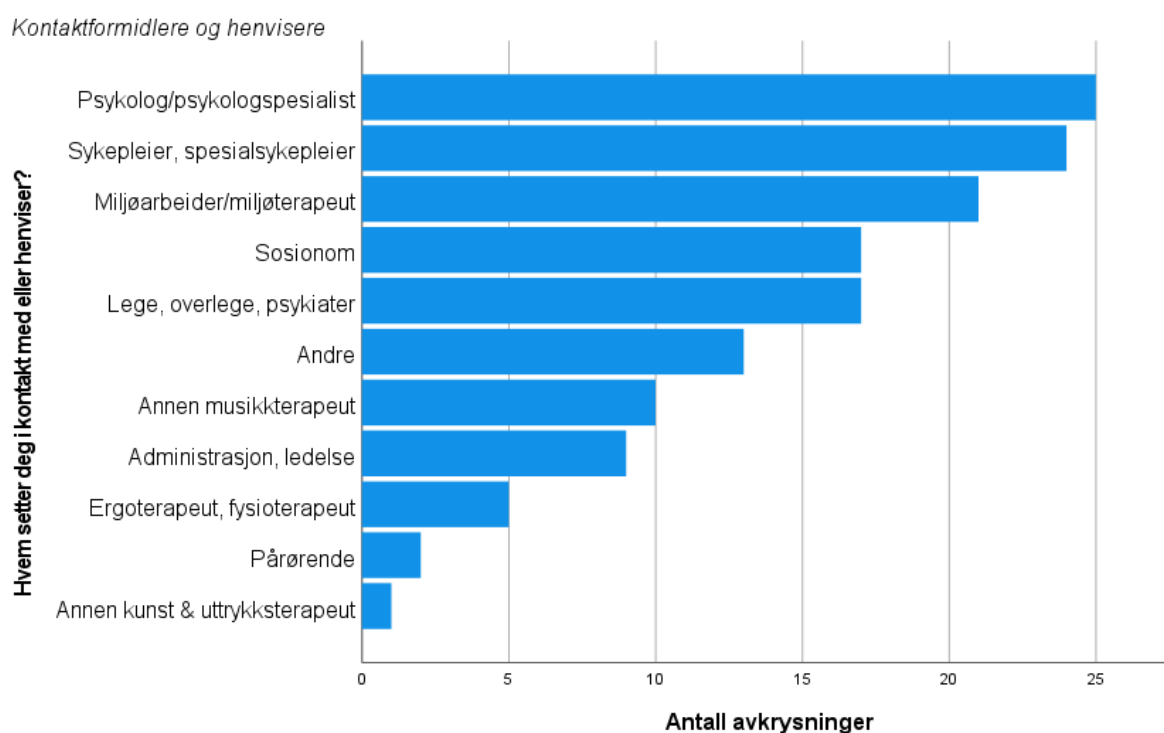
Annet-kategorien viser bredden i hvordan respondentene får vite om aktuelle musikkterapideltakere, og også hvordan spørsmålet ble forstått av respondentene. Én nevner

henvendelse fra pårørende, og fire nevner møter hvor pasienter og brukere blir diskutert som en viktig arena.

Kontaktformidlere eller henvisere

Respondentene ble spurt om hvem som formidler kontakt eller henviser nye brukere til dem. De rapporterte gjennomsnittlig 4,1 forskjellige grupper som formidler kontakt mellom respondent og nye brukere, eller henviser nye brukere til respondentene ($n = 35$, S.A. = 1,97). Figur 8 viser hvor mange avkryssninger hver enkeltgruppe fikk.

Figur 8 – Kontaktformidlere og henvisere



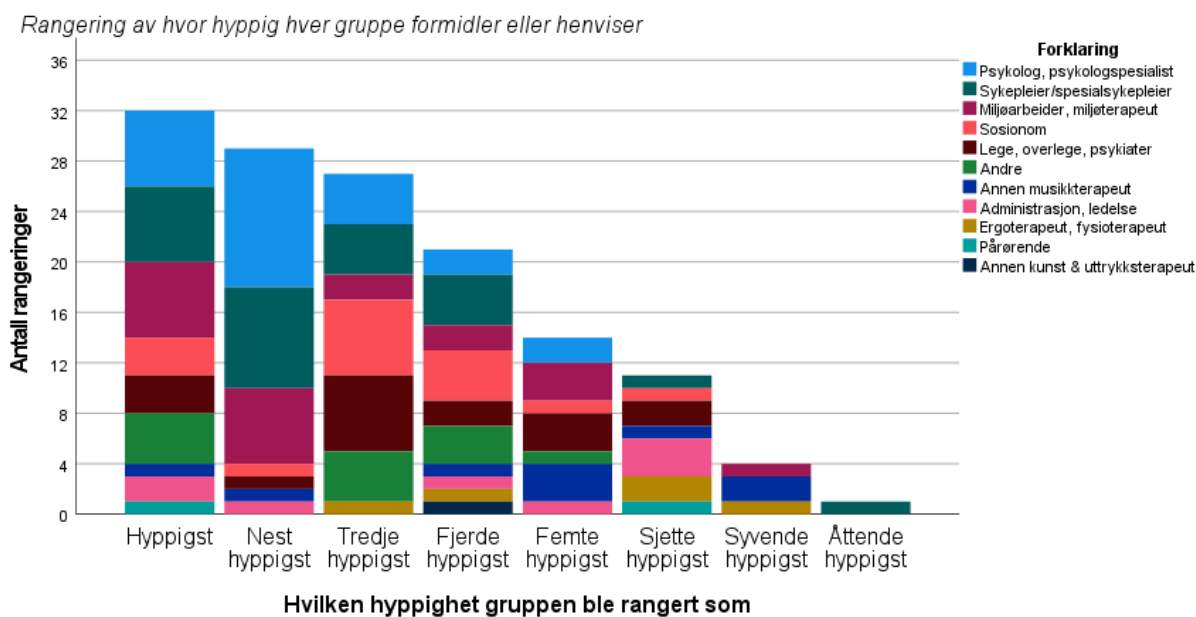
I svarkategori «Andre», nevnes erfaringskonsulent av to. To av svarene viser til at henvisningen til institusjonen eller henvisning til et overordnet behandlingsprogram er det som fører til kontakt med ny bruker.

Grupper som hyppigst formidler kontakt

Respondentene ble bedt om å rangere yrkesgruppene de hadde krysset av for, fra *mest hyppig* til de som *minst hyppig* formidler kontakt med mulige musikkterapideltakere.

Figur 9 viser rangeringsresultatet gjennom et stablet stolpediagram, hvor stolpehøyden representerer summen av rangeringene av grupper på hver enkeltplass. Fargene og rekkefølge i *forklaring* er basert på forrige spørsmål, slik at den øverste har flest totale avkryssninger. Figur 9 viser fordelingen av alle avkryssningene fra forrige spørsmål, fordelt på rangeringsplass.

Figur 9 – Ranging av hvor hyppig hver gruppe formidler eller henviser

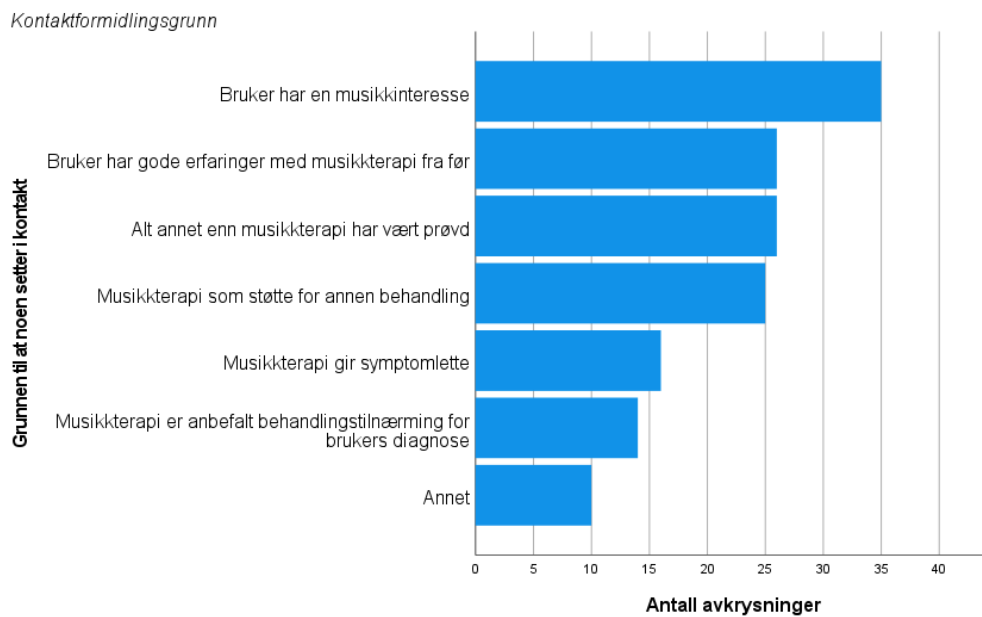


Resultatet viser at det er stor variasjon hos respondentene i hvilke som rangeres som hyppigst. Det er en tendens til at psykolog, psykologspesialist, sykepleier/spesialsykepleier og miljøarbeider rangeres i større grad blant de hyppigste og nest hyppigste kontaktformidlere eller henvisere. Resultatet viser også at respondentene arbeider tverrprofesjonelt rundt kontaktformidling og henvisning.

Grunner for kontaktformidling

Respondentene ble bedt om å krysse av for grunner som de tenkte lå til grunn for kontaktformidling eller henvisninger av mulige musikkterapideltakere. De 35 respondentene oppgav gjennomsnittlig 4,3 forskjellige grunner til at noen setter en ny bruker i kontakt med dem eller henviser noen til dem (S.A. = 1,282). Samtlige krysset av for grunnen «Bruker har en musikkinteresse». Fordeling av responser vises i Figur 10.

Figur 10 – Kontaktformidlingsgrunner

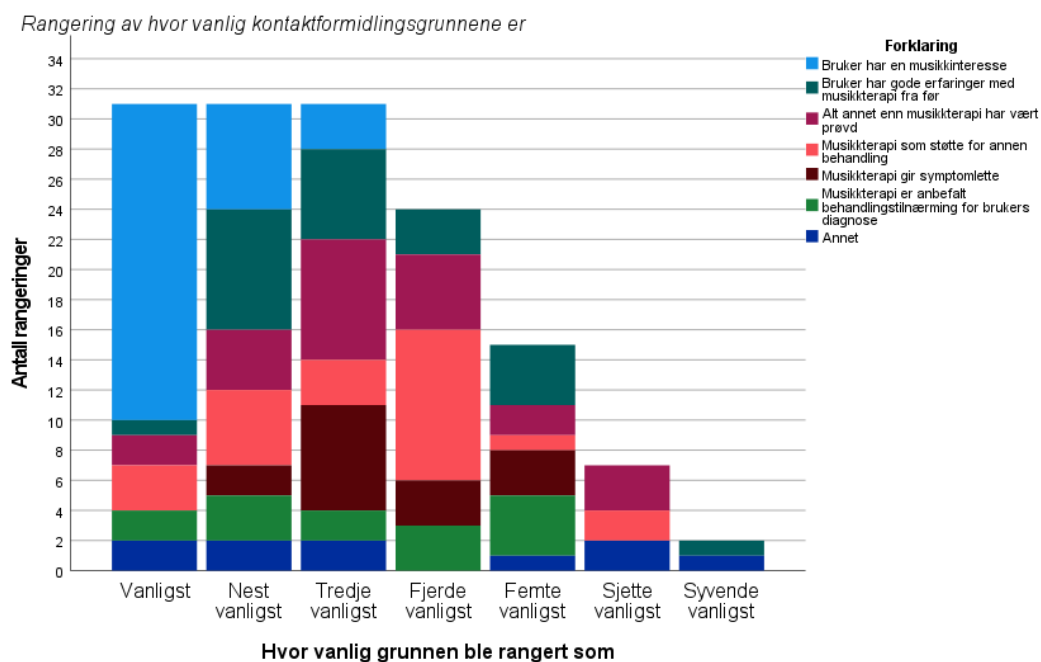


I de ti svarene under *annet*, beskriver tre av dem at bruker ønsker eller har uttrykt interesse for musikkterapi, enten overfor behandler eller miljøterapeut.

Rangering av kontaktformidling- og henvisningsgrunner

Figur 11 viser rangeringsresultat av kontaktformidlingsgrunner. Det var bare tidligere oppgitte grunner som kunne rangeres av respondentene. Høyden i det stablede stolpediagrammet angir antall rangeringer per plass, slik at Figur 11 viser at 31 respondenter oppgav minst 3 grunner.

Figur 11 – Rangering av kontaktformidlingsgrunner



Figur 11 viser variasjonen i hva som rapporteres som vanlige kontaktformidling- eller henvisningsgrunner. Rangeringsresultatet viser at *bruker har en musikkinteresse* er den grunnen som 67% av respondentene oppgav som vanligst. Blant respondentene som rangerte *Bruker har en musikkinteresse*, satt 90% grunnen som *vanligst* eller *nest vanligst*. Kun 2 av 31 respondenter satt *musikkterapi er anbefalt behandlingstilnærming* som vanligste grunn, og *musikkterapi gir symptomlette* er lavere rangert. Figur 11 viser at på de tre vanligste plassene finnes alle seks grunnene som ble foreslått i spørsmålet, samt kategorien annet.

Kategorien *Annet* må ses bort fra, ettersom den inneholder en rekke forskjellige grunner fra tidligere spørsmål, men er likevel tatt med for å vise spredning.

4.1.4 Åpen tekst: Hvordan bør henvisning til musikkterapi foregå?

De åpne tekstsvarene gav mer data enn forventet. Tabell 2 viser en rekke celle hvor hver inneholder en representasjon av enkeltrespondentenes åpne tekstfeltsvar på spørsmålet, inspirert av kodeprosess i tematisk analyse. Cellene er plassert skjematisk etter følgende inndeling: Tabellens to venstre kolonner representerer svar som tar til orde for strukturert og skriftlig henvisningsprosess med tydelige begrunnelser, tabellens midtre to kolonner representerer teambaserte forespørsler, og tabellens høyre side representerer uformelle og dialogbaserte forespørsler. Det er en overvekt av besvarelser som tar til orde for mer strukturerte og møtebaserte tilnærminger til henvisningsprosessen, særlig *gul lapp* nevnes. En besvarelse ble tatt bort, da spørsmålet ikke ble besvart.

Tabell 2 – Hvordan henvisning til musikkterapi bør foregå

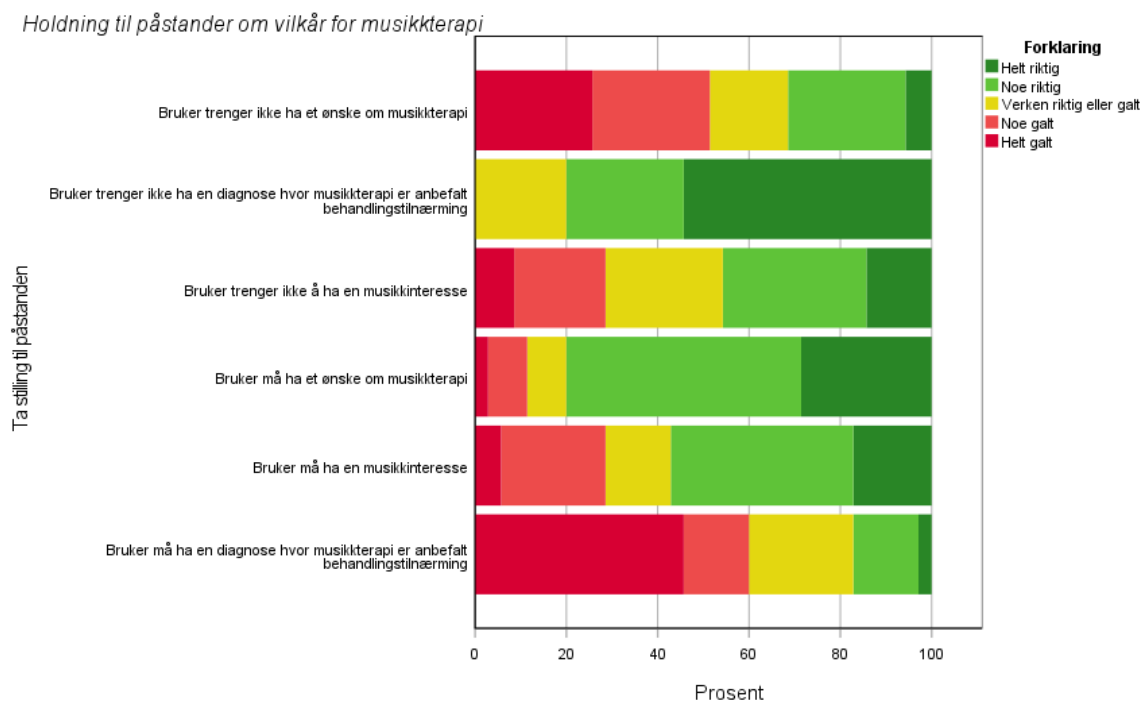
Strukturert		Møtebasert		Uformelt	
Henvisning bør journalføres	Gul lapp med behovsbeskrivelse	Tverrfaglig team; behandler	Drofting i møte	Muntlige forespørsler og dialog	MT tar kontakt selv
Klient og henviser beskriver sammen mål for musikkterapi	Gul lapp eller telefon	Begrunnelse er viktig	I møte basert på henvendelser	Uformell telefon fra annet helsepersonell	Spontan; eller avtaler
Skriftlig henvisning med begrunnelse	Poliklinisk er skriftlig henvisning fint, med bakgrunnsinformasjon; ellers vurderer MT best selv	Drofte med mt, så sende henvisning	Tett team, ingen henvisning nødvendig	Intet klart forslag, ønsker og behov bør være innhold	
Skriftlig, elektronisk; drofting også fint	Alle burde få tilbud; gul lapp er fint	Spesifisere at mt ønskes ved henvisning til annet tilbud som mt er en del av	Alle bør få tilbud, slik at pasient kan selv vurdere	Anbefaling og samtale	

Tidligere MT bør stå i epikrise; skriftlig henvendelse	Behandler formidler til pasient, gul lapp til mt ved behov; dokumenteres		Drofte i fellesmøter	Forespørsel	
Opprette system for inntak til rent musikkterapi tilbud	Sekundærhenvisning; gul lapp				
De som har vedtak får tilbud om MT	Gul lapp; muntlig drøfting				
MT vurderes i inntaksteam	Skriftlig henvisning, gul lapp; også muntlige henvendelser aktuelt				

4.1.5 Påstander om vilkår for musikkterapi

Med utgangspunkt i hvordan det er på deres arbeidsplass ble respondentene spurt om vilkår for musikkterapi. Figur 12 viser et stablet stolpediagram over prosentvis fordeling mellom de ulike svarene på de påstandene, hvor mørk rød viser at respondenten syns påstanden var helt gal, og mørk grønn at påstanden var helt riktig. Figur 12 viser de 35 respondentenes vurdering av i hvor stor grad påstandene er riktige eller gale, hvor størrelsene på feltene angir prosentandelen som har svart dette svaralternativet.

Figur 12 – Holdning til påstander om vilkår for musikkterapi

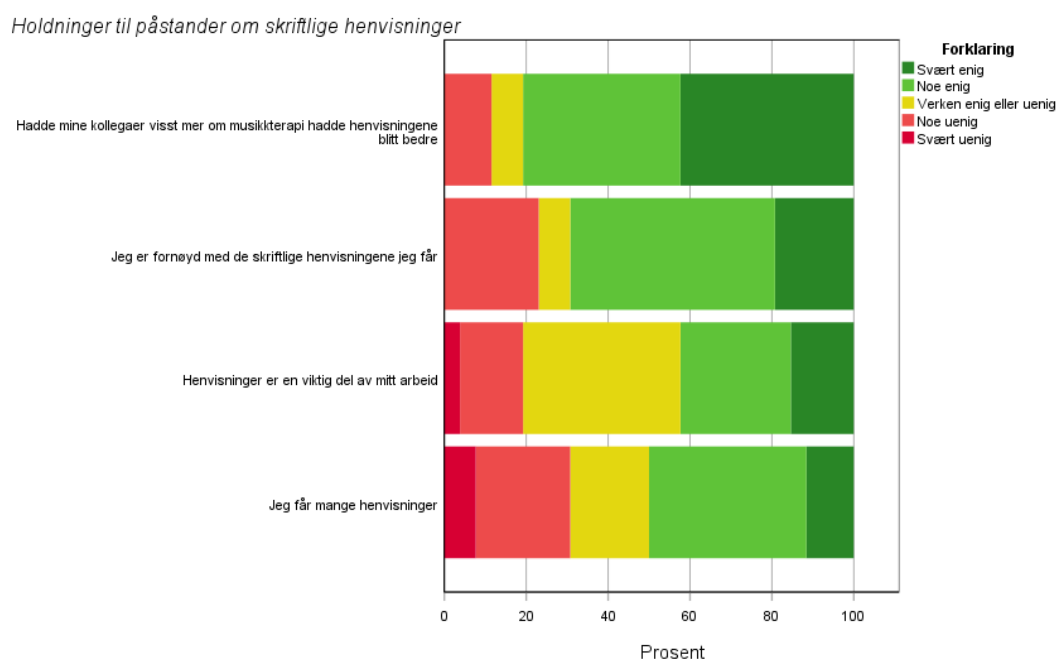


4.1.6 Holdningsundersøkelsen

Skriftlige henvisninger

Påstandene om skriftlige henvisninger i Figur 13 ble presentert for de 26 respondentene som tidligere hadde oppgitt å motta skriftlige henvisninger. Figuren viser at 80% av dem sa seg svært enig eller noe enig i påstanden om at henvisningene hadde blitt bedre om kollegaene deres visste mer om musikkterapi.

Figur 13 – Holdninger til påstander om skriftlige henvisninger

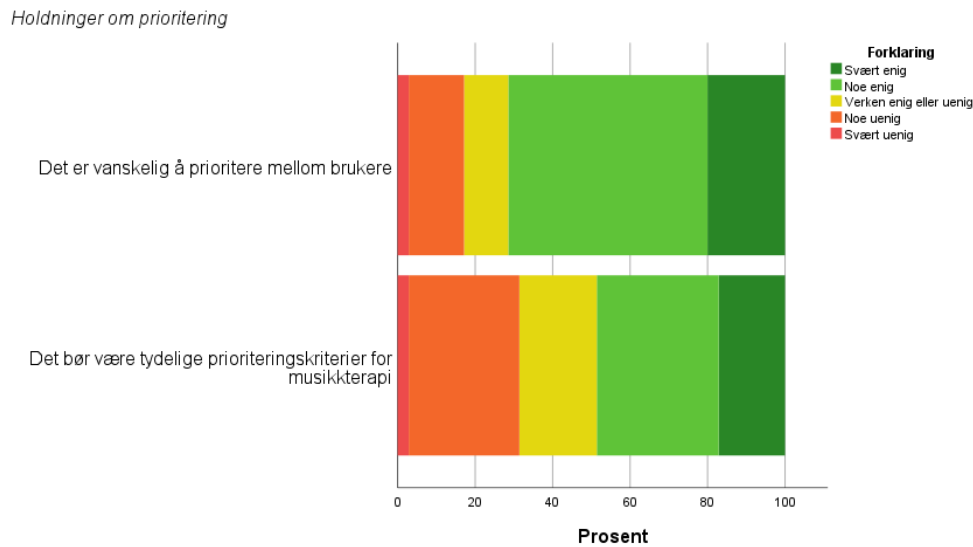


Spørsmålet om hvorvidt skriftlige henvisninger hjelper med prioritering av brukere på venteliste ble kun stilt til dem som både mottok skriftlige henvisninger, og hadde venteliste. En knapp majoritet på 55,6% sa seg svært enig eller noe enig i påstanden.

Prioritering

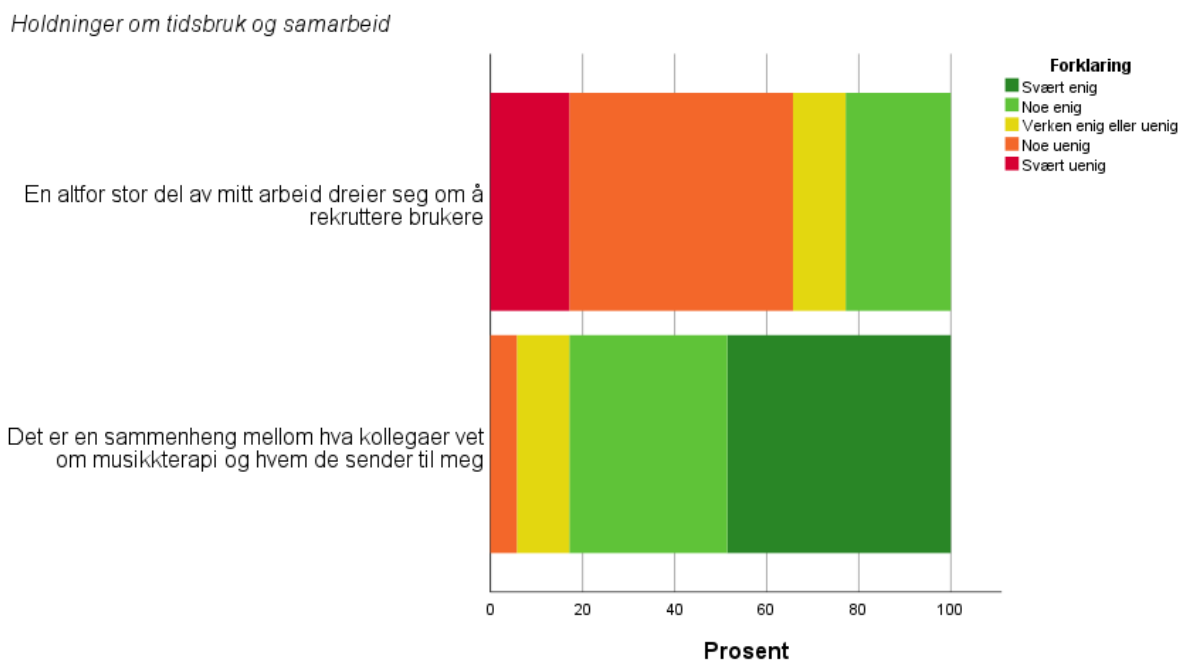
Figur 14 viser at 71% sa seg svært enig eller noe enig i påstanden om at det er vanskelig å prioritere mellom brukere. Påstanden om tydelige prioriteringskriterier for musikkterapi dekker hele skalaen, men flere sier seg svært enig enn svært uenig.

Figur 14 – Holdninger om prioritering



Figur 15 viser et nytt begrep innført, «sender». 82% sa seg svært eller noe enig i påstanden om sammenheng mellom kunnskap om musikkterapi, og hvem kollega formidler videre kontakt med. Første påstand i Figur 15 er den som respondentene var mest uenig med i holdningsundersøkelsen.

Figur 15 – Holdninger om tidsbruk og samarbeid

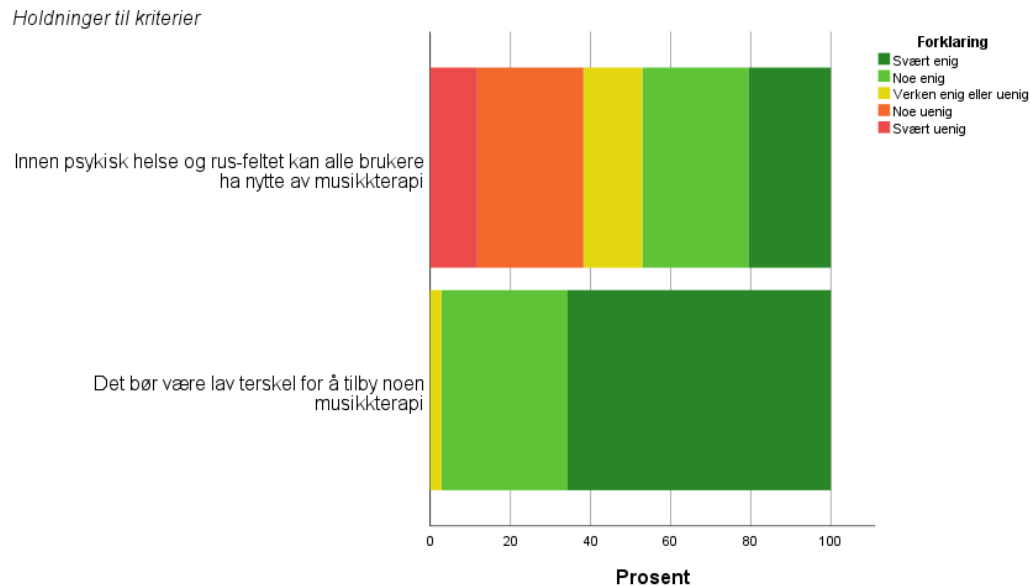


Nytte av og terskel for musikkterapi

Figur 16 viser at respondentenes holdninger til påstanden rundt hvem som kan ha nytte av musikkterapi dekker hele skalaen. Det er imidlertid stor enighet blant respondentene om at det

bør være lav terskel for å tilby noen musikkterapi, der nesten samtlige sier seg svært eller noe enig i påstanden. Nederste påstand i figuren sier to tredjedeler sier seg *svært enig* i. Dette er enkelt-påstanden i dette holdningsbatteriet hvor flest er svært enig.

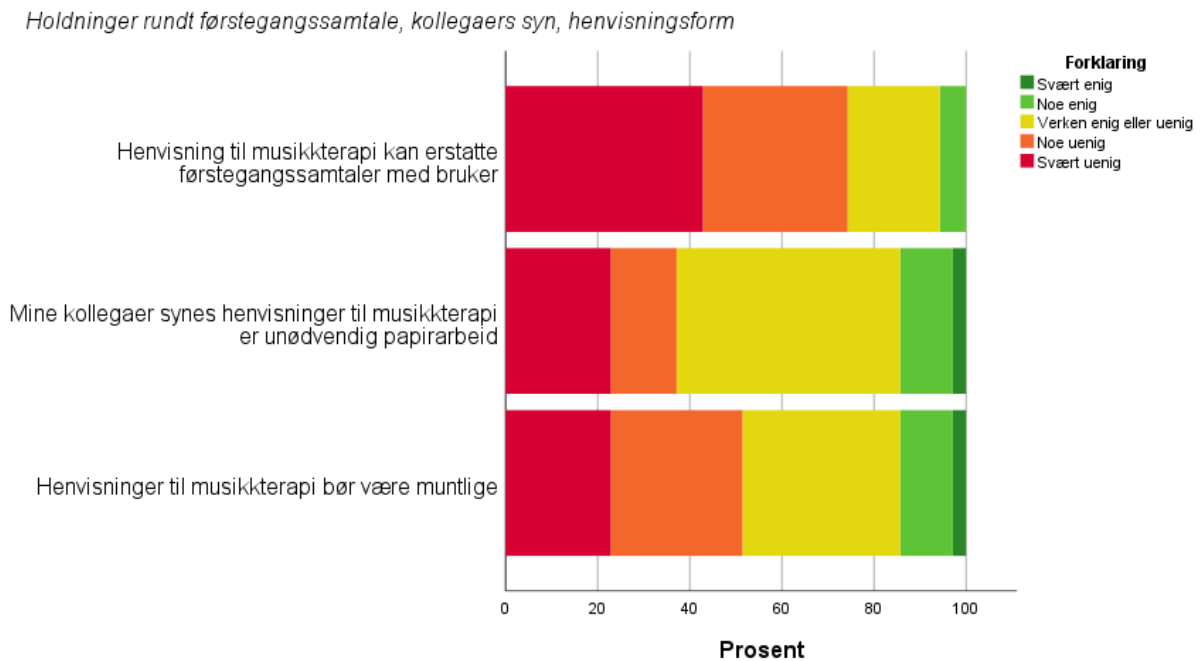
Figur 16 – Holdninger til kriterier



Henvisningers form, rolle og funksjon

Figur 18 viser at i underkant av tre fjerdedeler av respondentene er svært uenig eller noe uenig i at førstegangssamtaler med bruker kan erstattes av henvisning. I de to nederste spørsmålene er det høy andel som er verken enig eller uenig.

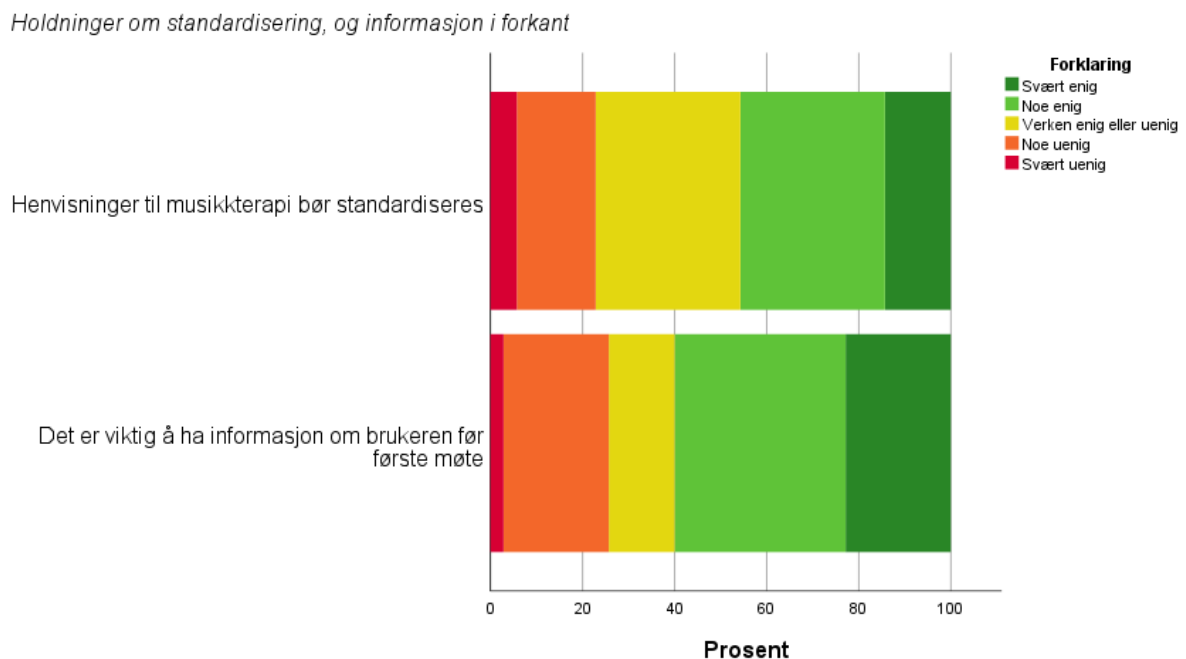
Figur 17 – Holdninger rundt førstegangssamtale, kollegaers syn, henvisningsform



Standardisering av henvisning

Det er ikke funnet en sterk tendens i holdninger rundt standardisering av henvisninger blant respondentene. Flere sier seg svært enig og noe enig i påstanden om standardisering, og enda flere er enig i at informasjon i forkant er viktig.

Figur 18 – Holdninger om standardisering, og informasjon i forkant



4.1.7 Oppsummering av resultater

Resultatene viser at undersøkelsen har lyktes med å nå respondenter som er ansatt som musikkterapeuter og arbeider innen helse- og omsorgstjenesten generelt, men spesialisthelsetjenesten spesielt, og bosatt både på Øst- og Vestlandet. Respondentene møter noen nye brukere hver uke, og to tredjedeler oppgir en ventelisteordning, med stor variasjon i ventetid. De rapporterer å få skriftlig henvisninger, men at dette er en mindre del av kontaktformidlingen som foregår. Det er en tendens til at gul lapp og muntlig forespørsel er formidlingsmåter som respondentene trekker frem, men det er variasjon. Samvalgsverktøy er lite brukt. Respondentene oppgir at de tar direkte kontakt med brukere, og omvendt.

Det er sterk enighet om at det bør være lav terskel for å tilby noen musikkterapi, men det var funnet få positive formulerte kriterier som respondentene enes om på tvers av feltet. Respondentene samarbeider tverrprofesjonelt rundt å få nye musikkterapideltakere. Særlig tre grupper utmerker seg som kontaktformidlere eller henvisere: psykologer og psykologspesialister, sykepleiere og spesialsykepleiere, og miljøterapeuter og miljøarbeidere. Musikkinteresse er den vanligste kontaktformidlingsgrunnen som respondentene oppgir, og symptom eller behandlingsrelaterte grunner rapporteres i liten grad. En liten overvekt av besvarelser vil strukturere henvisningsprosessen, men det er ingen klar tendens rundt standardisering eller formalisering.

4.2 FUNN FRA KVALITATIV DELUNDERSØKELSE

I dette kapittelet av oppgaven gjør jeg rede for funn knyttet til den kvalitative delundersøkelsen. Tabell 3 viser en kort presentasjon av musikkterapeutene som ble intervjuet i den kvalitative delundersøkelsen og deres arbeidsplass

Tabell 3 – Presentasjon av informanter

Navn, tittel:	Anne, musikkterapeut	Bjørn, musikkterapeut	Chris, musikkterapeut
	Døgnavdeling innenfor sykehusbasert psykisk helsevern. Arbeider på ulike døgnposter. Deltar på faste tverrfaglige møter, samarbeider i mindre grad med eksterne rundt nye pasienter.	Ansatt i kommunalt tilbud til innbyggerne. Samarbeider med eksterne i andre organisasjoner, blant annet i spesialisthelsetjenesten.	Ansatt i et lavterskeltilbud innen rusomsorg. Arbeider der hvor det arbeider andre sosialfaglig ansatte. Samarbeider med musikkterapeuter og eksterne i andre organisasjoner.

Gjennom RTA har jeg konstruert to temaer. Temaene er A: «Avhengig av mellomledd», og B: «Prioriteringsdilemma». Etter funn fra analysen, gir jeg en oppsummering av hvert tema. Først vil jeg presentere funn knyttet til tema A, deretter tema B. Tema A er noe lengre, ettersom det inneholder en arbeidsdefinisjon av begrepet *mellomledd* som gis før oppsummering av tema. Dette gjør jeg fordi begrepet brukes videre i Tema B, og har vært en del av teoriutvikling underveis i RTA.

4.2.1 Tema A – Avhengig av mellomledd, tematisk oversikt

Jeg går nå nærmere inn på analysen. Begrepene jeg har brukt i tema og undertemaer greier jeg ut om etter presentasjon av funn. Tabell 4 viser en tematisk oversikt.

Tabell 4 – Oversikt, Tema A

Tema	Undertemaer	Oppsummering
<i>Avhengig av mellomledd</i>	Mellomleddene og deres kilder (A1)	Hvor er mellomleddene, og fra hvor formidler de
	Mellomledd som kontaktforvalter (A2)	Hvordan musikkterapeutene trenger andre for å komme i kontakt med nye musikkterapideltakere
	Mellomleddenes forespørsler (A3)	Formen og betydningen av kontakt
	Veier utenom mellomledd (A4)	Å møte mulige musikkterapideltakere direkte, er en umiddelbar tilgang som verdsettes

Mellomleddene og deres kilder (A1)

Bjørn beskrev at han settes i kontakt med sine musikkterapideltakere gjennom mange ulike personer, fra ulike steder:

Bjørn: Ja det er gjerne deres kontaktperson i tiltaket eller tjenesten de er tilknyttet av fra før av. Så det kan være spesialisthelsetjenesten, det kan være en kommunal helsetjeneste, det kan være ... andre private aktører.

Bjørn beskrev at det finnes ulike veier inn i hans kommunale tilbud, avhengig av hvor deltakerne måtte befinne seg. Mange yrkesgrupper kan inneha rollen som kontaktformidler, men der Bjørn bor og arbeider er det mange ansatte musikkterapeuter. For Bjørn var musikkterapeuter ansatt ved andre institusjoner og tiltak en så selvsagt samarbeidspartner at dette ikke ble tematisert i intervjuet før mot slutten. Samarbeid med andre musikkterapeuter verdsettes:

Bjørn: altså *musikkterapeutene* - der har vi jo på en måte en greie på gang, sant. Det systemet der er etablert.

Han opplever kontakten med musikkterapeuter som faglig relevant for Bjørns lavterskeltilbud. Kjennskap til tilbudet, og til musikkterapi som arbeidsform, forenkler kommunikasjonen. Samarbeidet med eksterne musikkterapeuter oppleves som produktivt, også på et personlig plan.

Han stoler på deres vurderinger av om deres pasienter er klare til å bli deltakere ved Bjørns tilbud. Han har tillitt til musikkterapeuters *skjønnsmessige vurderinger*. Han fremstår fornøyd med *hvem* som er hans kontaktpersoner, og forteller mest om et ønske om å få flere kontaktpersoner andre steder. Han forteller om å tenke nytt rundt hvor mulige musikkterapideltakere kan komme fra:

Bjørn: [...] Vi har gått litt utfra boksen og tenkt at det skal ikke nødvendigvis være DPS, så nå har vi hatt besøk av folk fra sånt undervisningstilbud i fengselet, for eksempel.

For Anne som arbeider på døgnavdeling, kommer hennes pasienter fra «miljøet». Dette vil si fellesmiljøet som er på døgnpostene på Annes arbeidsplass. Andre behandlere og miljøpersonale gir henne informasjon om konkrete pasienter hun bør ta kontakt med for å høre om musikkterapi kunne være noe for dem. Anne er avhengig av andre for å oppdage flere av dem som kunne ha profitert på musikkterapi:

Anne: [...] altså, jeg møter jo ikke alle pasientene den *halvtimen* jeg har til rådighet til å sitte i posten. [...] Mange er på rommet sitt ...

Chris beskrev miljøet i lavterskeltilbudet som viktig. Han beskrev imidlertid at miljøet har blitt mindre viktig med årene, og at kontakt med mulige musikkterapideltakere oftere skjer på initiativ fra andre personer fra andre institusjoner. Chris fortalte om at musikkterapideltakerne som kom rett fra behandling kunne ha forventninger om en intensiv oppfølging som det ikke alltid var mulig å innfri, som var en forandring i nyere tid.

Mellomleddet som kontaktforvalter (A2)

Bjørn beskrev kontaktpersoner og tilskrev dem en avgjørende rolle i å spre kunnskap om sitt fritid- og oppfølgingstilbud på sine respektive institusjoner. Han snakket særlig om musikkterapeuter på DPS:

Bjørn: Ja, musikkterapeutene for eksempel sant, de er, det er på en måte, hvis deres pasienter skal vite om dette tilbudet så er vi avhengig av at de pasientene får vite det av musikkterapeuten eller av sin andre, sine andre kontaktpersoner.

Bjørns støttespillere formidler informasjon om tilbudet til andre, og de er sentrale for Bjørns rekruttering av nye musikkterapideltakere. Bjørn antydet at det er uklart for ham hvordan kontaktpersonene blir klar over musikkterapitilbudet:

Bjørn: Nei, kontaktperson, at de har hørt om tilbudet og fått det anbefalt av en annen musikkterapeut eller av en behandler eller ... det er noen i kulissene som må ha visst om det.

Kontaktpersonen er den som formidler kontakt mellom musikkterapideltaker og musikkterapeut, og kanskje blir med på en omvisning på lavterskeltilbudet. Bjørn beskrev at hans lavterskeltilbud inkluderer et ukentlig arrangement hvor hvem som helst har muligheten til å dukke opp uanmeldt. Likevel, grupper av mulige musikkterapideltakere kommer ofte i følge med noen, og Bjørn fortalte om hvordan kontakt oppstår som følge av det:

Bjørn: Det kan også være noen som leder... en terapeut som leder gruppeterapi for eksempel, som gjerne tar med seg en gruppe til [arrangementet] og så er det noen av de som kanskje syns dette her var gøy. (*B smiler*)

Bjørn trakk fram at kontakten som omsider kommer i stand, skjer på kontaktpersonens initiativ. Chris på sin side tenkte over at det er en fare for at noen *ikke* blir fanget opp:

Chris: Det er litt sånn, (*C sukker*), det er ikke så mye systematikk i det

At kontaktpersoner og støttespillere er den som initierer kontaktformidlingen, innebærer at de er *forvaltere av kontakten* mellom mulig musikkterapideltaker og musikkterapeut. Chris' beskrivelse fremhever avhengighetsforholdet hans lavterskeltilbud står til dem som formidler kontakt med nye musikkterapideltakere:

Chris: [...] vi er litt sånn avhengig av enkeltpersoner kanskje ved de ulike tiltakene

Gjennom forsøk på å systematisere samarbeidet med eksterne tiltak ved å utforme samarbeidsavtaler, fortalte Chris at det har endret seg. Å få nye musikkterapideltakere har blitt mer slik som lavterskeltilbudet har ønsket at det skulle være. Særlig er det lettere når han samarbeider med andre musikkterapeuter.

Anne beskrev at andre ansatte har en viktig rolle i å oppdage aktuelle kandidater for musikkterapi som kanskje ikke hadde kommet på tanken av seg selv:

Anne: Og i andre tilfeller så er det behandlere eller miljøpersonale som sier: «Kan ikke du ta en prat med den pasienten fordi jeg tror kanskje musikkterapi kunne ha vært noe».

Hun fortalte om sitt arbeid med internundervisning, og nevnte at det kanskje dreier seg om å øke bevisstheten om flerfaglige behandling, men også for å sørge for at flere ansatte tenker at musikkterapeutisk tilnærming kan være aktuelt. Anne hadde imidlertid ikke full tiltro til at de tenker som henne om musikkterapi, eller gjør vurderinger på lik måte, og adresserer spennet mellom behandling og meningsfull aktivitet:

Anne: Jeg tror ikke nødvendigvis at musikkterapi er veldig langt framme i bevisstheten til de fleste i liksom rent behandlingsøyemed da.

Anne beskrev at det er musikkterapeutenes ansvar å vise at musikkterapi er behandling, og noe som de må stadig argumentere for. Når musikkterapeutene ikke deltar i vurderingene som blir gjort, kan det oppstå ulike forventninger til hva musikkterapi kan bidra med, og for hvem.

Mellomleddets forespørsler (A3)

Både Bjørn, Chris og Anne fortalte at informasjonen i forespørselen før de fikk før den første kontakten med en mulig musikkterapideltaker bidrar til en målrettet og spisset tilnærming:

Chris: da har jo kontakten basert seg på at denne musikkterapeuten har først spurt da og lagt fram den ideen om at kanskje det her kunne være en måte, at [musikkterapeutens] deltaker vil synes det er lettere å komme inn i et miljø her og så prøver vi å legge til rette for det da.

Som ledd i en innledende kartleggingsfase før første møte med pasient, fortalte Anne om hvordan en forespørsel førte til at hun oppsøkte journalsystemet mer målrettet på bakgrunn av informasjonen hun fikk. Det at pasienten hadde tidligere journalført musikkterapi var noe som Anne oppgav å være en utbredt grunn til at andre formidlet kontakt med en mulig musikkterapideltaker:

Anne: Der fikk jeg litt inntrykk av hva pasienten har gjort tidligere i musikkterapi, som nok også påvirket hvordan jeg tilnærmet meg pasienten i form av hva jeg foreslo eller sa at musikkterapitilbudet kan være da.

Informasjonen hun gav om musikkterapi til en mulig musikkterapideltaker ble mer spisset og målrettet som følge av informasjonen Anne hadde fått på forhånd. Anne fortalte at hun var usikker på hvilket kunnskapsgrunnlag og resonnement som lå bak mange av forespørslene:

Anne: Jeg vet ikke om ... om det er at det er musikkterapi spesifikt og at de vet at det er anbefalt og godt, godt grunnlag i forskning for å bruke det, men jeg tror det handler om at de vet at det er et tilbud som fins som mange pasienter opplever positivt.

Anne fortalte at hun får gule lapper i elektronisk journalsystem, men og muntlige forespørsler hovedsakelig på faste tverrfaglige møter. Dette skjer også mer i forbifarten:

Anne: Så jeg var nede i posten fordi jeg skulle treffe en annen pasient og så så [gruppeleder] meg og sa: «Du vi har en pasient nå, det er sånn og sånn og sånn». Så det var ikke en liksom aktiv oppsøking av meg, selv om hun kanskje hadde gjort det hvis hun ikke hadde sett meg i gangen.

Chris fortalte at formen på forespørslene kan være både telefon, sms og mail, og at innholdet i kommunikasjonen varierer mye:

Chris: Og noen ganger får vi vite en del om deltakeren på forhånd og andre ganger vet vi veldig lite. [...] Men andre ganger så er det mer sånn: «Hei, har en deltaker som er interessert i [Cs arbeidsplass], kan vi komme innom i morgen - Hvordan passer det?»

Chris forsøker å tilpasse arbeidshverdagen slik at han har nok ledig kapasitet til å kunne ta imot noen for en omvisning på kort varsel.

Anne fortalte at størsteparten av mellomleddenes forespørsler skjer direkte og muntlig. Hun trakk frem at hennes tilgjengelighet for slike forespørsler er en faktor for hvor mange skriftlige forespørsler hun får. Hun påpekte en tendens hun har lagt merke til, nemlig at hun får flere *gule*

lapper når hun er mindre i miljøet. Anne meddelte oppfatninger om at det er et sprik mellom skriftlige beskjeder og muntlige forespørsler. Den muntlige kommunikasjonen oppleves rikere og mer fleksibel:

Anne: Ja, det står ganske sparsommelig med informasjon i de PLO-meldingene. Ofte kanskje bare: «Hei kunne du tatt en samtale med pasienten om musikkterapi» – eller – «pasienten har lyst til å spille gitar kunne du ha tatt en time med han eller hun».

Jeg ser det som et sentralt funn som sier noe om Annes syn på at skriftlig kommunikasjon om en mulig musikkterapideltaker er en erstatning for den muntlige, når dette ikke er mulig å få til.

Veier utenom mellomledd (A4)

Da jeg spurte om tanker rundt hvordan henvisningsprosessen kunne se ut om det var musikkterapeuten som fikk bestemme, foreslo Anne at musikkterapi burde være med i vurdering av enhver pasient, allerede fra inntak:

Anne: sånn det at man hadde kunnet ha fått vært en del av en *sånn* type prosess tror jeg hadde vært fint, men også ganske utopisk med tanke på tid og ... ja, og litt sånn... men at man bare i hvert fall *er* med som en del av en vurdering i behandlingen av enhver pasient

Jeg forstår dette som en måte for Anne å se for seg en vei utenom mellomleddet, gjennom at musikkterapeuten er tidlig inne med sine egne skjønnsmessige vurderinger i det tverrprofesjonelle inntaksmøtet. Ved å ønske seg at musikkterapeuten selv var helt tett på inntaksmøtet, vil behovet for både skriftlige beskjeder og muntlige forespørsler reduseres.

Musikkterapeutens synlighet og tilgjengelighet i miljøet representerer en verdi for Anne, slik hun beskrev det. Direkte tilstedeværelse i miljøet gir en *uformidlet tilgang* på mulige musikkterapideltakere:

Anne: Så da brukte jeg anledningen til å sitte og høre litt på musikk sammen med [pasienten] og spurte sånn: «Kanskje du kunne ha tenkt deg å være med på musikkrommet?» Og det hadde [pasienten] veldig lyst til da. Så da satt vi opp en time.

Anne var opptatt av at relasjonelle terskler kan hindre noen fra å ville prøve ut musikkterapi, og at musikkterapeutens miljøtilstedeværelse kan bidra til å senke terskelen for å etterspørre musikkterapi.

I tillegg til samarbeid med andre musikkterapeuter, fortalte Chris at han selv også kan representere et bindeledd for mulige musikkterapideltakere mellom to forskjellige arbeidsplasser. For Chris' del presenterte han dette som en fordel, da det gir ham fleksibilitet til å gå *veier utenom mellomledd*:

Chris: Sånn at jeg på fredager for eksempel så har jeg tatt med meg folk derfra, og introdusert de til [Cs hovedarbeidsplass].

Da Chris ble spurt om hvordan han kunne tenke seg å gjøre det annerledes med prosessen rundt det å få nye musikkterapideltakere, nevnte han økt kapasitet som det viktigste, og spesielt kapasitet til å kunne være til stede i fellesmiljøet for å møte mulige musikkterapideltakere direkte der.

Slik jeg forstår Anne og Chris, foretrekker de å kontakte nye musikkterapideltakere direkte, uten at kontakten formidles gjennom andre. Bjørn tok til orde for et dedikert elektronisk system som innbyggere kunne bruke for å søke seg til hans kultur og fritidstilbud, slik at det kom inn beskjed med navn og telefonnummer som han kunne kontakte når det var ledig kapasitet.

Begrepet mellomledd — en arbeidsdefinisjon

Ut fra min analyse av transkripsjonene ville verken døråpner eller portvokter være dekkende på et overordnet tema-nivå, som nevnt i teorikapittelet. Jeg har i stedet valgt uttrykket mellomledd.

Mellomledd er en kjønnsnøytral betegnelse på «en person som formidler kontakt mellom to parter» (NOAB, 2023, betydning nr 2). Partene er her musikkterapeuten og en mulig ny musikkterapideltaker. Uttrykket mellomledd er brukt innen norsk arbeidslivsforskning, hvor en av hovedfunksjonene til mellomleddet er: «1. Informasjon; hvor man bidrar til å knytte sammen arbeidstakere og arbeidsgivere, og jobben er gjort når disse er koblet sammen [sic!] hverandre» (Roverud et al., 2017, s. 203). Mellomleddet er en mer nøytral betegnelse mellom ytterpunktene døråpner og portvokter.

Begrepet dekker alle som fyller roller som informantene betegner som «støttespiller», «kontaktperson», «miljøpersonalet», «behandlere» og «gruppeleder», og også andre musikkterapeuter. Mellomledd brukes analytisk for å beskrive personene som informantene

betegner som sentrale deltaker i prosessen med å komme i kontakt med nye musikkterapideltakere. Arbeidsdefinisjonen:

- (1) Mellomledd er personer som innehar en sosial funksjon som informasjonsformidler *om* mulige musikkterapideltakere *til* musikkterapeutene, men også omvendt, fra musikkterapeut til mulig deltaker
- (2) Mellomledd har til hensikt å formidle kontakt mellom mulige musikkterapideltakere og musikkterapeuter
- (3) Mellomleddene kan ikke selv tilby musikkterapijenesten som en mulig musikkterapideltaker ønsker seg eller har behov for.

Oppsummering av Tema A

Temaet utforsket hvordan informantene forholder seg til mellomledd. For at musikkterapeuten kan komme i kontakt med kilder til nye musikkterapideltakere som musikkterapeutene ikke selv kan nå direkte, må mellomledd formidle kontakt. At mellomledd forvalter kontakten, betyr at initiativet til kontakt skjer på mellomleddets premisser og utfra mellomleddets forutsetninger og oppfatninger om musikkterapi. Uttrykket forespørsler dekker alle informasjonkanaler som mellomledd benytter seg av og inkluderer et helt spekter fra uformelle muntlige beskjeder i gangen, over telefon, skriftlige forespørsler på sms og til skriftlige henvisninger i journalsystem.

Informantene beskrev at både musikkterapideltakere og musikkterapeutene er avhengige av hverandre for å kunne realisere sine mål. Temaet fremhever at mellomleddet innehar et forvalteransvar i kraft av å være en sentral formidler av kontakt i relasjonen mellom mulige musikkterapideltakere og musikkterapeutene. Det er tvetydigheter i hvordan musikkterapeutene forholder seg til mellomleddet sentrale posisjon. Slik jeg forstår informantene er det en oppfatning om at mellomledd representerer en betinget fordel. To av musikkterapeutene søker imidlertid til en direkte umiddelbar kontakt med musikkterapideltaker for å kunne gjøre skjønnsmessige vurderinger selv.

Temaet relaterer jeg til problemstillingen på følgende måte: Temaet «Avhengig av mellomledd» handler om hvordan jeg har forstått informantenes utsagn om henvisningsprosessens deltakere, som vil si mulige musikkterapideltakere, mellomledd, og musikkterapeuter. Tema A omhandler også prosessens betydning for musikkterapeuten.

4.2.2 Tema B — Prioriteringsdilemma, tematisk oversikt

Tabell 5 viser oversikt over tema, undertemaer og en kort oppsummering før jeg presenterer undertemaene i den påfølgende analysen.

Tabell 5 – Oversikt, Tema B

<i>Tema</i>	<i>Undertemaer</i>	<i>Oppsummering</i>
Prioriteringsdilemma	Å gi plass til nye musikkterapideltakere (B1)	Hva skal til for å gi plass til de som venter
	Prioriteringsens pris (B2)	Ubehaget prioriteringsbeslutninger skaper, og omkostningene det har
	Det krevende skjønnnet (B3)	Skjønnsvurderinger er vanskelige å begrunne
	For alle som vil, men ikke alltid (B4)	At det skal være et ønske om musikkterapi er en sterk verdi, men ikke avgjørende

Tema B laget jeg med utgangspunkt i hva musikkterapeutene forteller rundt hvordan de forholder seg til det de får vite om musikkterapideltakere, og hvordan de begrunner ulike valg som må gjøres på bakgrunn av dette. Jeg bruker begrepet mellomledd fra forrige tema.

Å gi plass til nye (B1)

Hvordan Anne, Chris og Bjørn arbeider for å gjøre plass til nye musikkterapideltakere arter seg forskjellig. Annes musikkterapitilbud på døgnpostene var knyttet til innleggelsesperioden. Varigheten på musikkterapiforløpene er dermed begrenset av innleggelsesvarigheten, som varierer veldig, fortalte Anne. Bjørn fortalte at det kan være vanskelig, smertefullt og til dels oppleves som umulig å skulle initiere en avslutning av enetimer, når han ser hvor betydningsfullt enetimer er for den det gjelder:

Bjørn: Ja, så når jeg forsøkte da å avslutte og *det* var et tema, det *var* også et tema når vi først begynte, [...] da gav [personen] veldig uttrykk for at det, det blir vanskelig, og da hadde ikke jeg hjerte til det.

En sentral del av det musikkterapeutiske arbeidet for Bjørn er å gjøre deltakerne i stand til å benytte tilbudet selvstendig, uten regelmessig støtte og veiledning fra en musikkterapeut. Han viste til at det krever «hjerte» å stå i slike situasjoner, og å treffe beslutninger som er i tråd med de profesjonelle vurderingene en har gjort seg.

Bjørn beskrev sammenhengen mellom kapasitet og evnen til å ta imot nye, og at en løsning for å kunne ta imot flere, er å redusere hvor lenge hver enkelt kan benytte seg av tilbudet:

Bjørn: Det handler også litt om å gi plass til nye da. [...] Sant, man kan ikke være her i evig tid.

Chris fortalte at musikkterapeutene innførte et tak på 10-15 enetimer ved hans lavterskeltilbud. Han ville prioritere å gi et tilstrekkelig enimetilbud til så mange som mulig, og et kompromiss ble uttrykt i en slik ramme. Noen sier seg ferdig med å bruke lavterskeltilbudet av seg selv, men det er sjeldnere:

Chris: Og det har jo hendt, selvfølgelig, at folk på en måte vokser ut av [Cs arbeidsplass] også, at man anser seg litt sånn ferdig med: «Ja, det var mye jeg fikk her, men nå vil jeg videre i livet». Så det skjer det *og* altså.

På sin arbeidsplass beskrev Bjørn at de har en venteliste som inneholder 6-7 navn, lagret lokalt på hans arbeidsflate som inneholder litt om deltakerens instrumentpreferanse, og telefonnummer til kontaktperson. Bjørn sa han tar kontakt når det oppstår ledig kapasitet, men også ved andre anledninger. Om den ventende spiller et ettertraktet instrument som passer godt inn i en gruppesammenheng, kan denne informasjonen bidra til at noen kan rykke frem i køen. At informasjonen i forespørselen i prinsippet kan brukes til å gjøre omprioriteringer på en venteliste, er for meg et viktig funn.

Anne fortalte at de ikke opererer med en venteliste på døgnavdelingen. Etterspørselen overstiger imidlertid kapasiteten, og Anne kan ikke imøtegå alle forespørsler slik både musikkterapeut og mellomledd mener at de burde bli, med tanke på å gjennomføre hyppige og regelmessige forløp som anbefalt i forskningen.

Prioriteringens pris (B2)

Mellomleddene ber informantene om å prioritere og ta imot nye musikkterapideltakere. For Anne innebærer det å sette av tid til å lese seg opp på pasientjournal i forkant, og ha en samtale

med pasienten om musikkterapi. Anne fortalte at mellomledd kan komme med forespørsler om å rydde kalenderen for en enkelt pasient som vurderes å ha behov for ekstra musikkterapi i en periode. Når mellomledd spør Anne om å prioritere én musikkterapideltaker, antar hun at mellomleddene ser en sammenheng mellom antall timer og grad av nytte for pasienten:

Anne: Jeg har jo liksom noen pasienter der som har vært her lenge, kanskje, og der også teamet rundt pasienten i tillegg til meg, har, sier liksom: «musikkterapi er det eneste som når inn til den her pasienten, kan vi prioritere å ha det liksom hyppig eller regelmessig».

Dette er en forespørsel som Anne gjerne ønsker å imøtekomme, men hun gir uttrykk for at det ikke alltid lar seg gjøre. Både Chris og Anne fortalte at å gi mer musikkterapi til noen, går på bekostning av musikkterapeutens tid til å være synlig i miljøet. Dette kan skape en utfordrende situasjon:

Anne: Jeg vil imøtegå forespørsler om musikkterapi, fordi det syns jeg er veldig bra at de ser at det er såpass sentral del av behandling til enkelte pasienter. Og samtidig, så tenker jeg at det er viktig å si: «Vet du, det her har jeg dessverre ikke tid til jeg rekker ikke over alle pasientene jeg skal - og har lyst til å nå».

Slik jeg leser Annes utsagn, uttrykker hun her et ønske om å tilby nok musikkterapi til alle som trenger det og til dem som hun allerede har musikkterapi med. Anne kan på den ene siden si seg enig i vurderingen som forespørslene baserer seg på, men mobiliserer argumenter for å stå for sine valg.

Chris beskrev en endring i prioriteringer som har foregått over tid, og det har til tider vært krevende å formidle dette overfor deltakerne:

Chris: Og så har vi kanskje også måttet drive litt sånn forventningsavklaring, og forklare at, rett og slett, stillingen er sprengt, vi må prioritere annerledes enn da vi starta her. [...] Nå må vi prioritere, og den prioriteringen blir fort til at de som er helt ferske må få litt den intensivoppløpingen da.

Ikke bare musikkterapeutene merker konsekvensene av at det må gjøres prioriteringer. Også dem som blir nedprioritert reagerer på dette.

Det krevende skjønn (B3)

Chris tok selv opp ordet *skjønn* som svar på hvordan avgjøre hvem som skal få ekstra oppfølging innenfor rammene av lavterskeltilbudet:

Chris: [...] det blir jo fort til at man kanskje ser at enkelte har lyst, men bare ikke *helt* får det til å forholde seg til avtaler eller, møter opp. Og da, da er det fristende å tenke at litt ekstra støtte ville hjulpet da.

Slik jeg forstår Chris' utsagn, handler dette om at han ønsker å prioritere dem som har ekstra behov. Chris fortalte imidlertid at det har utløst følelser av urettferdighet hos dem som har blitt nedprioritert:

Chris: Det med rettferdighet det sitter veldig sånn dypt hos mange. Og at man nærmest kan gå liksom og måle litt sånn: «Ja men nå får jo *hun* timer, fikk jeg like mye?»

Chris fortalte at prioriteringsbeslutninger er krevende å formidle til deltakere som opplever urettferdigheten over å bli nedprioritert, spesielt siden beslutningen hviler på en skjønnsvurdering som ikke er helt lett å begrepsfeste for Chris:

Chris: Skjønn er veldig viktig, og, men også desto vanskeligere å forsvare av og til.

Ikke alle prioriteringsbegrunnelser bør deles med flere enn den det gjelder, og Chris sa at omprioriteringer som følge av noe akutt blir krevende å forklare, til dem som blir rammet av en nedprioritering. Han tar oftere utgangspunkt i objektive kriterier som handler om hvor «fersk» noen er, og opplever at det er lettere:

Chris: Og selv om det er basert på skjønn, så er det jo samtidig lettere å vise til at noen er ferske i et miljø, og at noen kanskje har fått mye timer, det er litt mer sånn objektivt, at [...] det er lettere å akseptere.

Innføringen av rammen på 10-15 enetimer kommuniserte Chris og kollegaer til deltakerne på allmøter. Dette har gjort omprioriteringer lettere å akseptere. Allmøtene er med på å forberede deltakere på at en tett oppfølging med enetimer er av begrenset varighet. Det settes tidlig et mål

om selvstendighet og deltakelse i øvrige gruppetilbud som er mer selvgående og mindre kapasitetskrevede, sett fra musikkterapeutens ståsted.

For alle som vil, men ikke alltid (B4)

Mine informanter fortalte at de i svært liten grad foretar kriteriebaserte vurderinger av egnethet og mottagelighet før igangsetting av musikkterapi. For Chris og Bjørns del er det essensielt at det ikke stilles krav til mulige musikkterapideltakere. Deltakelse forutsetter imidlertid en grad av funksjon i hverdagen, som det eneste kriterium jeg kunne spore hos Chris og Bjørn i løpet av intervjuet. I etterkant av vårt intervju meddelte Chris at noen deltakere er for dårlige til å kunne være der, eller ville ha hatt behov for en oppfølging de ikke har kapasitet til. Dette ble satt i sammenheng med hvordan helsetjenestene kommer med økte forventninger til ivaretagelse på kommunalt nivå og i lavterskeltilbud.

Anne sa at alle kan ha nytte av musikkterapi på et punkt i sin tilfriskningsprosess, i det minste innenfor rammen av en døgnpost innen psykisk helsevern hvor hun arbeider. Anne sier at musikkterapi representerer et mangfoldig sett av metoder som kan individualiseres:

Anne: ja, fordi at musikkterapi kan jo være så mangt da, man har så mange metoder å benytte seg av, ja. Sånn at, jeg tenker at man i musikkterapi kan finne måter å jobbe på som vil være hensiktsmessig for enhver pasient.

Slik jeg tolker intervjusituasjonen, representerer det frivillige ved musikkterapi en sterk og åpen verdi for Anne, gjentatt flere ganger i intervjuet. Her er det verdt å nevne at flere pasienter som Anne kommer i kontakt med er underlagt tvungent psykisk helsevern, og Anne trekker frem at musikkterapi bør representere nettopp noe annet enn tvang:

Anne: Så musikkterapi burde være frivilling (*A og intervjuer ler litt*) ikke tvangsbasert. Men ja, at det blir vurdert da, til enhver pasient tenker jeg hadde vært bra.

Det er i løpet av analysen ikke blitt klart for meg hvorfor uttalelsen fremkalte latter hos begge. På den ene siden er det ubehagelig å snakke om tvang, og latter bidro til å dempe ubehaget i intervjusituasjonen. Som intervjuer var dette en måte å gi uttrykk for at jeg også til en viss grad deler Annes syn, og at jeg opplevde Annes uttalelse som ukontroversiell.

Oppsummering av Tema B

Tema B utforsket hvordan musikkterapeutene håndterer prosessen med å få nye musikkterapideltakere. Temaet beskrev min forståelse av informantenes opplevelse av at det er stor etterspørsel etter deres tilbud, og hvilke følger de beskriver at dette får for deres profesjonelle praksis, samtidig som musikkterapeutene ønsker å nå ut til alle som vil ha musikkterapi. For å gi plass til nye må andre vike og avslutning og begrensninger i tilbudet henger sammen med dette. Musikkterapeutene må gjøre krevende skjønnsmessige vurderinger i møte med mellomleddenes forespørsler og i møte med musikkterapideltakere som nedprioriteres.

Jeg fant at det oppstår etiske dilemma for musikkterapeuter når de må fordele sin tid og arbeidskapasitet mellom mulige musikkterapideltakere og eksisterende musikkterapideltakere. Informantene gav uttrykk for at å gjøre prioriteringer var krevende, for med prioriteringer aktualiseres etiske og profesjonsetiske spørsmål. Med temaet har jeg utforsket hvordan musikkterapeuter beskriver etiske vurderinger i møte med musikkterapideltakere under ressursknapphet på tid og kapasitet, og hvilke konsekvenser det har. I situasjoner hvor musikkterapeuter må prioritere mellom hvilken musikkterapideltaker de skal tilby individuell musikkterapi til, står musikkterapeuten overfor prioriteringbeslutninger.

5. DISKUSJON

In practice, what happens [...] *even before the first encounter*, when a therapist is contacted for a new client who is to be referred to music therapy? (Ala-Ruona, 2005, s. 25, min, uthev.).

I diskusjonen vil jeg se nærmere på hvordan delundersøkelsene peker mot hverandre gjennom en narrativ diskusjon, som nevnt i metodekapittelet. Jeg vil først konsentrere diskusjonen om hvordan prosessen kan beskrives med utgangspunkt i delundersøkelsene, deretter hvem som formidler kontakt, før jeg adresserer konteksten for hvilke valg som musikkterapeuter gjør med kontakten som er blitt formidlet. Jeg viser tilbake til forskningsspørsmål underveis. Diskusjonen avsluttes med konklusjon og implikasjoner for praksis og videre forskning, før jeg gjør metodiske overveielser rundt valg av undersøkelsesopplegg.

Ettersom 85% av respondentene i utvalget oppgav å arbeide i stilling som musikkterapeut, vil jeg heretter omtale dem som musikkterapeuter. Dette for å lede opp til en teoretisk generalisering som har vært undersøkelsesoppleggets mål.

5.1 Fortolkning av resultater og funn

Formidlet og uformidlet kontakt

Det to første forskningsspørsmålene var knyttet til variasjon eller tendenser i hvordan henvisninger foregår, og om brukere kan henvise seg selv eller velge å prøve ut musikkterapi. Blant de vanligste begrepene musikkterapeutene rapporterte for å bli kontaktet av andre, var ordene *henvendelse*, *forespørsel* og *gul lapp*. En betydelig del skrev også at de ikke hadde noe navn for dette, eller valgte vet ikke. At det ikke utmerker seg et enkeltbegrep blant respondentene både kan tyde på at praksisen er ulik innad i feltet, eller at den er implementert forskjellig. Forholdet mellom hvor ofte uformidlet og formidlet kontakt skjer ble ikke utforsket i det kvantitative, men jeg tolker resultatene slik at begge deler er vesentlig momenter for å forstå variasjonen.

Å legge til rette for uformidlet kontakt gjennom at nye musikkterapideltakere selv kan ta initiativ til å få musikkterapi gjennom et påmeldingssystem, var viktig for en av informantene.

Tilsvarende, den uformidlede kontakten som musikkterapeuten initierer ble verdsatt høyt av de andre musikkterapeutene jeg intervjuet. Gjennom uformidlet kontakt kan musikkterapeuten selv bidra med å senke terskelen for å ville prøve ut musikkterapi, gjennom at musikkterapeuten selv bygger relasjon før musikkterapien starter opp. Den kvalitative intervjuundersøkelsen har bidratt med kunnskap om at nye musikkterapideltakere kommer fra andre steder innad i organisasjonen,

men også utenfra organisasjonen, og at kontakten er formidlet og uformidlet. Å forstå formidlernes rolle og hvordan de formidler, har derfor vært en viktig del av fortolkningsarbeidet.

Delundersøkelsene har begge pekt mot at kontakt med nye formidles gjennom andre yrkesgrupper, men det kvantitative peker mot at det formidles gjennom andre musikkterapeuter i mindre grad. Slik jeg forstår formidlet kontakt inkluderer det også møtevirksomhet hvor mulige musikkterapideltakere diskuteres, uten at musikkterapideltakeren selv er til stede. Begge delundersøkelsene peker mot at det skjer kontaktformidling skjer på individnivå i organisasjonen, og det kvalitative peker mot at det også skjer mellom individer i organisasjoner.

Musikkterapeutene i begge undersøkelser har svart at de også kommer i kontakt med mulige musikkterapideltakere på uformidlede måter, og får vite om mulige musikkterapideltakere på formidlede måter. At kontakten foregår uformidlet, betyr at musikkterapideltakere og musikkterapeuter på en eller annen måte direkte finner frem til hverandre, uten andre menneskers bistand. Jeg tolker resultatet fra begge delundersøkelser som at uformidlet kontakt representerer en vei utenom mellomledd, og dermed en viktig tilgang til nye musikkterapideltakere som de ønsker å bevare. Dette gjør at musikkterapeuter selv kan være ansvarlig for å realisere det som ses som en omforent og klar åpen verdi blant musikkterapeutene i undersøkelsen om at det bør være lav terskel for å få tilbud om musikkterapi.

Former for kontaktformidling

Blant de formene for skriftlig kontaktformidling som ble rapportert er *gul lapp* oftest trukket frem på tvers av utvalget. Samvalgsverktøy var svært lite i bruk i utvalget. Det kvantitative resultatet tolker jeg slik at musikkterapeutene er kjent med skriftlige henvisninger, der omkring halvparten oppgir at de mottar et sted mellom null og én henvisning på en vanlig uke. Det var imidlertid ikke spurt om hva respondentene legger i begrepet skriftlige henvisninger, slik at det resultatet må tolkes med forsiktighet. Det er interessant å bemerke at musikkterapeutene oppgir å få opp til to nye brukere ukentlig, men opptil én skriftlige henvisning i uken. Jeg tolker det slik at henvisning representerer en begrenset del av bredden av former for kontaktformidling. Det var en tendens til at musikkterapeutene foretrekker gul lapp som kontaktformidlingsform, når de ble spurt om hvordan henvisningsprosessen burde foregå. Dette peker mot at et flertall av musikkterapeutene som besvarte undersøkelsen arbeider i organisasjoner hvor dokumentasjonsplikten i helsepersonelloven ivaretas gjennom et elektronisk journalsystem, slik som DIPS. Flere musikkterapeuter gav også uttrykk for at den muntlige og tverrfaglige drøftingen i team var ønsket når det kommer til å få informasjon om nye.

Den kvalitative undersøkelsen peker mot at gule lapper og PLO-meldinger er sparsomme med informasjon, og de fungerer som dårlige erstatninger for en samtale. Anne så en omvendt proporsjonal sammenheng mellom miljøtilstedeværelse og antall gule lapper hun fikk i journalsystemet. Dette gir grunn til å se forbindelser mellom hvordan arbeidshverdagen er innrettet i sammenheng med behovet for skriftlig kontaktformidling internt i organisasjonen. Jeg tolker det slik at selv en rask muntlig samtale kan inneholde non-verbal informasjon som for musikkterapeutene kan være viktig. Det gir muligheten for raske oppfølgingsspørsmål.

Resultater fra begge delundersøkelsene ser ut til å peke mot at musikkterapeutene knyttes sammen med nye musikkterapideltakere på mangfoldige måter. Begge undersøkelser peker mot at den muntlige samtalen utgjør en måte å komme i kontakt med nye musikkterapideltakere på, enten det foregår i et teammøte eller en muntlig forespørsel i gangen. Om mangfoldet av måter mulige musikkterapideltakere kommer i kontakt med musikkterapeuter skal regnes som deler av én prosess, eller om det må regnes som mange prosesser er et teoretisk spørsmål. På den ene siden virker det uklart å regne en kort sms til en musikkterapeut i et lavterskeltilbud innen rusomsorgen som en del av henvisningsprosessen til musikkterapi, når det ikke gis noe konkret informasjon om personen som formidles til musikkterapeuten. Sammenlignes dette med hvordan respondentene beskriver at henvisning bør foregå gjennom drøfting i team eller med grundige begrunnelser virker det som om det er to kvalitativt ulike former for kommunikasjon. Samtidig kan begge deler ses på som representanter for første fase i innledende kartlegging som Ala-Ruona (2005) kaller *contact/referral* og Waldon og Gattino (2019) kaller *referral*.

Prosessen jeg søkte å beskrive ble gitt mange navn av musikkterapeutene som svarte på undersøkelsen, og for noen var det uklart hva de skulle kalle den i det hele tatt. Prosessen virket å være utformet i konkret relasjon til hvert arbeidsområde innen feltet. Dette bidrar til teoretiske utfordringer når prosessen skal beskrives på bakgrunn av hva musikkterapeuter har fortalt og rapportert. Begge delundersøkelsene peker i retning av prosessen verken er formalisert, standardisert eller ensartet på tvers av feltet. Variasjon var det også grunn til å forutsette på forhånd, ettersom feltet består av ulike arbeidsområder hvor det er ulik varighet og tilnærming når det gjelder behandling og oppfølging (Kielland et al., 2020). Dette er også beskrevet i internasjonal sammenheng, som vist til i teorikapittelet (Silverman, 2015; Wigram et al., 2019). Der viste jeg til to betydninger av henvisning, som både et dokument, og som en handling. Jeg så begge betydninger representert i begge delundersøkelser. Men uttrykket henvisning har jeg gjennom arbeidet med oppgaven likevel blitt ledet til å se som for snevert, om prosessen skal beskrives overordnet slik jeg har funnet det. Undersøkelsen har sådd tvil om begrepet henvisning var deskriptivt passende for prosessen jeg ville undersøke, basert på hva jeg fant.

Oversiktstabell, kontakt- og formidlingsformer

Tabell 6 viser en skjematisk oversikt på bakgrunn av begge delundersøkelser. Samvalgsverktøy er ført opp i parentes i flere celler, ettersom det er uklart hvor et slikt verktøy hører hjemme utfra datamaterialet. Også musikkterapeuters ønsker om å tilrettelegge for et påmeldingssystem er satt i parentes, ettersom detaljene ikke var klare. Særlig ofte nevnte kontaktformer og spesielt betydningsfulle former for kontakt er satt i fet skrift.

Tabell 6 – Skjematisk oversikt, kontakt- og henvisningsformer

		Formidlet av mellomledd	Uformidlet kontakt
Skriftlig kontaktform	Journalført	Gul lapp ; henvisninger i journalsystem; PLO-melding; (samvalgsverktøy?)	(samvalgsverktøy?) (skriftlig påmelding til musikkterapi)
	Ikkejournalført	Epost; SMS	(skriftlig påmelding musikkterapi)
Muntlig kontaktform	I møte	Muntlig forespørsel ; drøfting av brukere og pasienter; (inntaksteam);	Musikkterapeut tar direkte kontakt med mulig musikkterapibruker eller omvendt
	Utenfor møte	Muntlig forespørsel ; henvendelser; telefonsamtaler	

Tabell 6 viser hvordan jeg ser at begge delundersøkelsene konvergerer mot at det foregår formidlet som uformidlet kontakt, både skriftlig og muntlig mellom musikkterapeuter og annet personell. Den kvalitative delundersøkelsen gir grunn til å tolke at dette skjer både internt i organisasjonen, og eksternt med andre utenfor organisasjonen som musikkterapeuten er ansatt i.

Hvem er formidlerne — mellomledd

Hensikten med studien var å beskrive og forstå henvisningsprosessen til musikkterapi, som også dreier seg om hvem som tar kontakt med musikkterapeuten. Undersøkelsene bidro til å belyse dette. Ut fra feltet slik det er beskrevet i Kielland et al. (2020) var det forventet at musikkterapeutene kom til å oppgi at de samarbeider med yrkesgrupper som ellers arbeider innen psykisk helse og rusfeltet. Det var grunn til å anta at yrkesgrupper som er mer tallrike enn musikkterapeuter slik som miljøarbeider og miljøterapeut og sykepleiere, oftere ville utgjøre tverrprofesjonelle samarbeidspartnere for musikkterapeutene. Det er imidlertid små forskjeller i det når det gjelder hvilke tre yrkesgrupper som nevnes oftest i min studie. Interessant var resultatet at psykolog og psykologspesialist ble høyere rangert enn lege, overlege og psykiater.

En mulig tolkning av resultatet er at psykologprofesjonens tilnærming til utredning, behandling og oppfølging av psykiske lidelser ligger nærmere musikkterapiprofesjonens blikk for relasjon, mening og intersubjektive opplevelser (Trondalen, 2016).

Utfra musikkterapeutene spørreskjemabesvarelser ble «Annen musikkterapeut» i liten grad nevnt som en gruppe formidler kontakt med nye musikkterapideltakere. Dette skiller seg fra det som både Chris og særlig Bjørn beskrev rundt samarbeidet med eksterne musikkterapeuter rundt nye musikkterapideltakere. De beskrev samarbeidet som veletablert og bedre enn med andre mellomledd. At delundersøkelsene ikke konvergerer på dette punktet kan handle om at holdningen til kvaliteten på samarbeidet ikke ble undersøkt kvantitativt.

En tolkning er at musikkterapeuter innen kommunal helse og omsorgstjeneste og øvrige lavterskeltilbud, slik som Bjørn og Chris representerer, i større grad samarbeider med musikkterapeuter enn hva musikkterapeuter innad i spesialisthelsetjenesten gjør. På den annen siden kan musikkterapeutene innad i spesialisthelsetjenesten være en gruppe som i større grad videreformidler kontakt *ut* av sitt tilbud, som ikke undersøkelsene dreide seg om.

Mellomleddenes rolle

Jeg tok i bruk begrepet mellomledd som en nøytral betegnelse på individer i eller utenfor organisasjonen som bidrar til å gi musikkterapeuten tilgang til nye musikkterapideltakere. Her er betydningen av mellomledd tett knyttet til hvordan Ledger et al. (2013) beskriver *gatekeepers*. Der klangen i «gatekeeper» innebærer en restriktiv rolle, ser jeg mellomleddene som aktører som selv tar initiativ til å opprette kontakt. Mellomleddene driver med kontaktformidling. I analysen beskrev jeg både musikkterapeuter og musikkterapideltakere som avhengige av mellomledd. Skal en musikkterapeut nyttiggjøre seg av et mellomledd for å komme i kontakt med nye musikkterapideltakere, er musikkterapeuten avhengig av at mellomleddet har konkret kjennskap til tilbudet. Dette gjelder i tilfeller der mellomleddet arbeider i en annen organisasjon. Den kvantitative undersøkelsen peker mot at musikkterapeuter også arbeider i tverrprofesjonelle kontekster og i større organisasjoner hvor et slikt samarbeid med mellomledd er nødvendig for å nå pasienter og brukere som musikkterapeutene ønsker å nå.

I den kvalitative delundersøkelsen analyserte jeg musikkterapeutenes beskrivelser av avhengigheten av slike mellomledd som preget av ambivalens. Mellomleddene meddeler informasjon til musikkterapeuten for å få gjennomslag for sin hensikt om å sette «sin» person i kontakt med musikkterapeuten. Jeg tolker funnene slik at for musikkterapeutene kan mellomledd representeres som en mulighet og en begrensning. På den ene siden gir bruk av mellomledd muligheter til å få tilgang til nye musikkterapideltakere som musikkterapeutene ellers ikke ville ha

nådd. Det å bruke et mellomledd for å komme i kontakt med nye musikkterapideltakere kan ses som en utvidelse av musikkterapeutens rekkevidde.

Slik jeg tolker særlig Chris og Bjørn, ble informasjonen i tverrprofesjonell kontaktformidling mindre fyldig og presis enn den kontaktformidlingen som musikkterapeuter bedrev. Bruk av mellomledd for å oppnå kontakt med nye musikkterapideltakere innebærer en begrensning gjennom at musikkterapeuten ikke lenger kan gjøre egne skjønnsmessige vurderinger før oppstart. Derfor kan bruk av mellomledd på den annen side ses som en erstatning for uformidlet kontakt. Et godt samarbeid med mellomledd fordrer en harmonisering i synet på hva musikkterapi er og kan være for den enkelte mulige musikkterapideltaker, slik at det kan treffes velfunderte beslutninger om hvem som skal tilbys musikkterapi, når og hvor mye.

Hvorfor formidler mellomleddene?

Det tredje forskningsspørsmålet dreide seg om henvisninger til musikkterapi begrunnes, og i så fall med hvilke grunner. Musikkterapeutene ble bedt om å forestille seg hvorfor mellomledd tar kontakt med dem. Rangeringen som musikkterapeutene gjorde, sier noe om hvor vanlig musikkterapeutene oppfatter at kontaktformidlingsgrunnene er. Tendensen i rangeringen er at særlig musikkinteresse og gode erfaringer med musikkterapi fra før rangeres som vanligst. Samtlige musikkterapeuter antok musikkinteresse som grunn for at mellomleddene formidlet kontakt med en mulig musikkterapideltaker. Et annet spørsmål senere i spørreundersøkelsen gir et tolkningsgrunnlag for hvor relevant musikkterapeutene syns musikkinteresse er. Det var imidlertid ingen klar tendens rundt musikkinteresse da musikkterapeutene ble spurt om musikkinteresse var et vilkår for å få musikkterapi på arbeidsplassen. Dette kan tyde på at musikkinteresse er svært ofte med i beregningen når noen settes i kontakt med en musikkterapeut, men at det likevel ikke rapporteres som en avgjørende faktor, eller som et vilkår. Intervjuundersøkelsen pekte mot at musikkinteresse er en grunn musikkterapeutene møter, og at særlig tidligere og gode erfaringer med musikkterapi trekkes frem. Anbefalingene i Kielland et al. (2020) tilsier at musikkinteresse bør vektlegges, ettersom det å bygge på ressurser er en viktig side av god behandling. Musikkterapeutene kan dermed ha informert om musikkterapi til sine mellomledd slik at mellomleddene er opplært i å se etter musikkinteresse som en ressurs. Jeg tolker det slik at musikkterapeuter i utvalget har arbeidet i tråd med en ressursorientert tilnærming (Rolvsvjord, 2010).

Musikkterapeutene rapporterte at mellomleddenes kjennskap til musikkterapi hadde en betydning for hvem som sendes til musikkterapi. Det trengs derfor nærmere undersøkelser av mellomleddenes tanker om musikkterapi for å si noe nærmere om hvorfor noen eventuelt

utmerker seg med å oftere tenke i retning musikkterapi når de er i kontakt med pasienter eller brukere. Dette forskningsarbeidet er påbegynt, internasjonalt (Hense, 2018; Wettone, 2021).

Musikkterapeutene som mottok skriftlige henvisninger, sa seg overveiende enig i påstanden om at kollegaenes kunnskap om musikkterapi henger sammen med gode henvisninger. Også andre respondenter sa seg overveiende enig i at det er en sammenheng mellom hva kollegaer vet om musikkterapi og hvem de «sender til meg», eller henviser videre.

Informantene beskrev at de var usikre om mellomleddene kjente til musikkterapi som tilnærming, med viktig unntak når eksterne musikkterapeuter er mellomledd. En del av vurderingene mellomleddene gjør formidles også som en del av forespørselen til musikkterapeuten, som musikkterapeuten så gjør sine vurderinger på bakgrunn av. Informantene beskriver at det er til tider uklart hva som ligger bak forespørselene, det som kan kalles henvisningsgrunn, eller formidlingsgrunn. Jeg fant det sannsynlig at mellomledd baserer seg på hva de vet om musikkterapi når de gjør vurderinger av mulige musikkterapideltakere basert før de opprette kontakt.

Det var svært stor enighet blant musikkterapeuter om at det ved deres arbeidsplasser ikke trengs en diagnose hvor musikkterapi er anbefalt behandlingstilnærming for å få musikkterapi. At så få svarte at påstanden om at bruker må ha en diagnose hvor musikkterapi er anbefalt behandlingstilnærming var helt riktig eller noe riktig, kan ha sammenheng med at begrepet *bruker* i spørsmålsformuleringen, men kan også peke i retning av at det finnes få diagnoser hvor musikkterapi er anbefalt behandlingstilnærming.

Blant informantene var det et vilkår at den mulige musikkterapideltakeren måtte fungere i hverdagen, men det var i det hele tatt få kriterier for musikkterapi som jeg fant, utover ønske om musikkterapi og musikkinteresse.

I tallmaterialet er det ingen klar tendens rundt påstanden om alle kan ha nytte av musikkterapi innen psykisk helse og rus-feltet. Det ser ut til at det er enighet om at det bør være en terskel for musikkterapi, men at den skal være lav. Om det er en sterk og åpen verdi hos musikkterapeuter at det bør være lav terskel for å tilby noen musikkterapi, og få klare positivt formulerte vilkår innen psykisk helse og rus-feltet, er det vanskelig å se for seg hvordan krevende prioriteringsprosjekt skal adresseres om de oppstår.

Jeg har ikke lyktes med å bidra til å beskrive hvordan musikkterapeutene ser for seg at terskelen bør være. Studie har bidratt til å belyse det tredje forskningsspørsmålet, som dreide seg om å beskrive hvilke grunner for henvisning til musikkterapi som kan være aktuelle slik musikkterapeutene forstår det.

Musikkterapeuter i møte med prioritering

Det fjerde og siste forskningsspørsmålet dreide seg om musikkterapeuters holdninger knyttet til en mulig formalisering og standardisering av henvisningsprosessen. Forskningsspørsmålet ble brukt til å utforme holdningsundersøkelsen, og bidro til å belyse betingelsene for hvorfor en formalisering eller standardisering kan komme til å bli nødvendig.

Et overveiende flertall av musikkterapeuter oppgav et jevnt tilsig av nye musikkterapideltakere et sted mellom 0-2 i uken. Jeg finner det grunn til å anta at det innebærer at de ukentlig møter 0-2 færre i uken. Over to tredjedeler av musikkterapeutene sa seg noe eller svært enig i påstanden om at å gjøre prioriteringer mellom brukere er vanskelig. At et lite mindretall sa seg svært uenig eller noe uenig i påstanden, kan handle om at respondentene ikke selv ser at de gjør prioriteringer. En tolkning av dette kan være at det ikke er nok brukere til at musikkterapeuten er nødt til å gjøre prioriteringer. Det siste finner jeg å være lite sannsynlig basert på rapporterte ventelistetall og ventetid i resultatkapittelet, men en nærmere undersøkelse av dette er ikke gjort.

Ut fra intervjuundersøkelsen kan det tyde på at en del av prioriteringen musikkterapeuter gjør dreier seg om at noen får musikkterapi i lengre perioder enn andre, eller tettere oppfølging enn andre, i perioder. Intervjuundersøkelsen peker mot at musikkterapeuter gjør prioriteringer blant de som står på venteliste.

Begge delundersøkelsene peker mot at etterspørselen etter musikkterapi overstiger kapasiteten, og at musikkterapeuter må gjøre vurderinger basert på knapphet. Dette var det som forventet.

Anbefalingene i utviklingsarbeidet rundt implementering av musikkterapi i rus og psykisk helsetjenesten (Kielland et al., 2020) peker mot at vurdering av kapasitet står sentralt.

Formuleringen «Henvisning gjøres på bakgrunn av kapasitet og pasientens behov» står opp i nevnte dokument under alle de fire arbeidsområdene innunder spesialisthelsetjenesten: DPS, FACT/ACT, akuttmottak og sengeposter og rusbehandling under TSB. Det er imidlertid uklart om det er musikkterapeutens kapasitet til å ta imot «henvisningen» som det refereres til, eller om anbefalingen er at det må vurderes om det er uhensiktsmessig med henvisning når det ikke er kapasitet til dette.

En annen tolkning av dem som svarte at de ikke synes det er vanskelig å prioritere, kan være at det foreligger et rent køprinsipp før oppstart av musikkterapi. Bruk av en ren kø-ordning er en måte å innrette likebehandling på, der alle får, men ikke med en gang. Det kan være profesjonsetisk betenkelig å ikke gjøre skjønnsmessige vurderinger om musikkterapeuten kommer i kontakt med noen som kan ha behov for tettere oppfølging i en periode.

En tolkning av at mange musikkterapeuter ser det som krevende å prioritere, kan skyldes at vesentlig informasjon om behovet for musikkterapi ikke blir formidlet til musikkterapeuten. Musikkterapeuten får kanskje vite om musikkinteresse, eller at det tidligere har vært musikkterapi. Det ideelle er kanskje at musikkterapeuten i samråd med bruker eller pasient avgjør hvor mye musikkterapien haster. Det er det kanskje ikke tid til i alle sammenhenger, og dessuten kan et slikt møte med musikkterapeut skape forventninger som det utfra kapasitetshensyn kan være vanskelig å innfri.

Hvis musikkterapeuter som arbeider i den norske helse og omsorgstjenesten yter det som kan regnes som helsehjelp, omfattes de av helsepersonelloven. Det står i prioriteringsforskriftens paragraf 2a, at det skal prioriteres i helsetjenestene (2000). Tilsvarende ses også i spesialisthelsetjenestelovens paragraf 2-1 a (1999), som har prioriteringskriterier for innretting av tjenestetilbudet. Dette er like aktuelt for den kommunal helse- og omsorgstjenesten, hevder Helse- og omsorgsdepartementet i Meld. St. 38 (2020-2021) (2021).

I de tilfellene musikkterapeuter er omfattet av helsepersonelloven, ser det ut til at de også bidrar med prioriteringsbeslutninger. Prioriteringer byr imidlertid på problemer for profesjonsetikken (Magelssen, 2018). Prioritering i helsevesenet er nødvendig men krevende (Riska & Aasen, 2018). Magelssen (2018, s. 142) gir følgende snevre definisjon av prioritering: «Prioritering innebærer at pasienten får noe som er dårligere enn den mest gunstige helsehjelpen, altså en rasjonering av helsehjelp.». Det er få som vil åpent innrømme at de rasjonerer helsehjelp.

5.2 Vignetten i kontekst

I innledningen beskrev jeg et valg som handlet om hvem som jeg skulle tilby enetimer til. Jeg tenkte dette måtte gjøres på bakgrunn av et godt og velfundert valg. Selv om valget ble tatt i samråd med annet personale, opplevde jeg det som mitt. Jeg ble stilt til ansvar for valget gjennom at det var jeg stod ansikt til ansikt med den nedprioriterte pasienten, ikke lenger et statistisk liv, men et levende menneske. Dette hadde jeg ikke vært forberedt på å håndtere og jeg ble i tvil om valget var rett.

Hadde jeg et problem det fantes en løsning på? Dette kan lede tanken mot at valget hadde blitt bedre for alle om andre hadde fortalt meg mer slik at jeg visste mer om dem valget stod mellom. Med studien gjennomført, betrakter jeg valget i vignetten mer som et prioriteringsdilemma. Det gav meg valget mellom to utilfredstillende handlingsalternativ, der valget var musikkterapi til den ene eller den andre. Dette hadde ikke mer informasjon endret på.

I forbindelse med COVID-19 pandemien ble valg, prioriteringer og etiske dilemma høyaktuelle emner i det norske helsevesenet (Larsen et al., 2020). Pandemien gav opphav til situasjoner hvor

prioriteringsspørsmål ble satt på spissen, og debattert åpent. Prioritering skjer ikke bare under pandemier. Den nylig utgitte rapporten fra Helsepersonellkomisjonens *Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* (2023), tok til orde for en skarpere prioritering av arbeidsoppgaver for å møte den relative nedgangen i yrkesaktiv befolkning. De beskrev at helsehjelp også i fremtiden skal måtte prioriteres (2023, s. 237, 11.1.1 Kriterier for prioritering). Det skal skje, som i dag, på ulike nivåer og med prioriteringskriterier som prioriterer etter 1) forventet nytte av tiltaket, 2) et kost-nytte kriterium og 3) hvor alvorlig tilstanden er.

Om musikkterapeuter har en plass i fremtidens helsevesen, hvordan skal de prioritere sin helsehjelp? Det ligger en fristelse i å ønske seg formelle rammeverk på grunnlag av standardiserte mål og en systematisk henvisningsprosess. Dette vil kunne innebærer økt grad av standardisering av vurderingsrutiner, som vil true det kliniske skjønn (Skard & Rutsikj, 2017). Dilemma mellom individualiseringsprinsippet og likebehandlingsprinsippet kan ikke løses med entydige henvisningsskjema. Prioriteringsbeslutninger kan ikke bare forsvares utfra forskning på forventet nytte på gruppenivå, men avgjøres utfra musikkterapeuters profesjonelle skjønn.

Jeg har med utgangspunkt i studiens funn og resultater sett hvordan informasjon formidles, hvem som formidler den og hva musikkterapeutene gjør med informasjonen om mulige nye musikkterapideltakere. Sentralt for oppgaven er det funnet at musikkterapeuter innenfor helsekontekst i feltet prioriterer sin helsehjelp med utgangspunkt i et fagspesifikt og profesjonelt skjønn, og at dette delvis må skje på bakgrunn av formidlet informasjon.

Jeg vektla teoriutvikling i arbeidet med tolkning av resultater. Henvisning er et velkjent begrep i kontekster preget av en helse-logikk (Eide, 2020), og et begrep som musikkterapeutene i undersøkelsen hadde et forhold til, og meninger om. Spørreskjema og intervjuguide brukte uttrykket henvisning både som en skriftlig og muntlig form for kontaktformidling. For mange av var det imidlertid uklart hva henvisning innebærer, eller skulle referere til. Gjennom en kritisk analyse av begrepet til grunn for oppgaven, har jeg blitt ledet til å se begrepet henvisning som mer snevert enn først antatt. Teoretisk ser jeg uttrykket kontaktformidling som mer egnet som overordnet begrep som utfyller henvisningsprosessen i konklusjonen.

Jeg anså begrepet mellomledd som en del av den teoretiske generaliseringen som oppgaven og særlig den kvalitative undersøkelsen har bidratt til. Begrepet ble dannet gjennom den tematiske analysen, og jeg har ikke funnet noe i den kvantitative analysen som motsier begrepets teoretiske relevans.

5.3 Konklusjon

Problemstillingen var Hvordan foregår henvisningsprosessen til musikkterapi innen psykisk helse- og rus-feltet i Norge? Jeg svarer på problemstillingen gjennom en reformulering av den med utgangspunkt i diskusjonen: Hvordan kommer musikkterapeuter i kontakt med nye musikkterapideltakere innen psykisk helse- og rusfeltet i Norge? Studien har bidratt til å besvare problemstillingen ved å vise at det foregår kontaktformidling mellom musikkterapeut og mellomledd, en formidling som kan være muntlig og skriftlig. Det foregår også uformidlet kontakt med nye musikkterapideltakere, men det er uklart i hvilken grad dette skjer.

Samvalgsverktøy for psykose er i liten grad i bruk.

Mellomledd finnes innenfor og utenfor musikkterapeutenes organisasjon. Mellomledd har en sosial funksjon gjennom at de oppretter kontakt mellom musikkterapeut og mulig musikkterapideltaker. Begrepet mellomleddet rommer en funksjon, og lar det være åpent om hvilke yrkesgrupper som fyller rollen. Begrepet mellomledd holder også formen for kontaktformidling mer åpent. Musikkterapeutene beskrev en ambivalent avhengighet til mellomledd. Studien har samtidig vist at samarbeid med mellomledd er en viktig del av hvordan musikkterapeuter i psykisk helse og rus-feltet arbeider for å komme i kontakt med andre. Informasjonen som følger med kontaktformidlingen, kan bistå musikkterapeuter med å gjøre prioriteringsbeslutninger. God informasjon i formidlingen kan hjelpe musikkterapeuter i å gjøre valg, men det er likevel etiske utfordringer knyttet til slike skjønnsmessige vurderinger.

Jeg har med utgangspunkt i studiens funn og resultater, beskrevet hvordan informasjon formidles, hvem som formidler den og hva musikkterapeutene gjør med informasjonen om mulige nye musikkterapideltakere. Musikkterapeuter innenfor helsekontekst i feltet bidrar til prioritering av sin helsehjelp med utgangspunkt i et fagspesifikt og profesjonelt skjønn, og at dette delvis skjer på bakgrunn av formidlet informasjon.

Jeg konkluderer med at musikkterapeuter, som profesjonsutøvere, resonnerer rundt sine beslutninger om hvem som skal tilbys musikkterapi, når og hvor mye, og at dette foregår i blandede normative kontekster preget av knapphet. Dilemma mellom likebehandlingprinsipp og individualiseringsprinsipp møtes også av musikkterapeuter. Hva den enkelte musikkterapeut gjør med hva de får vite om en mulig ny musikkterapideltaker, og hvordan tenker de om det de må gjøre, er profesjonsetiske spørsmål. Dette er knyttet til en etisk refleksjonsprosess, vesentlig i alt arbeid som musikkterapeutene gjør, med og for mennesker.

5.4 Implikasjoner for praksis og forskning

Kontaktformidling til musikkterapi står sentralt for musikkterapeuters arbeid, spesielt når musikkterapeutene ikke har kapasitet til å søke uformidlet kontakt. Ettersom formidleren formidler basert på sin oppfatning av musikkterapi, bør det også i Norge forskes videre på hva mellomleddets forventninger rundt musikkterapi.

Det er grunn til å tenke at også andre musikkterapeuter i andre felt også er avhengig av mellomledd for å få formidlet kontakt med nye musikkterapideltakere, og det er håpet at annet forskning i andre felt enn psykisk helse og rus kan nyttiggjøre seg av mellomledd og kontaktformidling som navn på sosiale funksjoner som setter musikkterapeuter i kontakt med nye musikkterapideltakere.

Videre forskning på skriftlig kontaktformidling til musikkterapi bør ta utgangspunkt i musikkterapeuters polikliniske og ambulante arbeid, som er et sentralt arbeidsområde innen feltet i Norge.

Samvalgsverktøy som mulighet for å la pasienter medvirke i å velge musikkterapi som behandling for psykose, er lite brukt på musikkterapeutenes arbeidsplasser. Det er kunnskap som bør prege det videre implementeringsarbeidet av samvalgsverktøy i helseforetakene.

5.5 Metodiske overveielser

En mulig svakhet ved valg av to parallelle delundersøkelser av samme målpopulasjon, er at informanter og respondenter har kunnet delta i begge delundersøkelser. Jeg tok ingen grep for å utelukke respondenter som også hadde vært intervjupersoner, og omvendt. Intervjupersonene kan ha blitt påvirket gjennom å delta på spørreundersøkelsen og blitt ledet til å svare mer i tråd hvordan spørreskjema var strukturert. Tilsvarende, ved utfylling av spørreskjema kan tre respondenter som også var intervjupersoner, ha blitt påvirket til å svare mer sammenfallende med den kvalitative enn de ellers hadde gjort. Denne svakheten kan imidlertid ha ført til at intervjuene kom tettere på undersøkelsens tema.

Hovedutfordringen med bruk av elektronisk spørreskjema er lav responsrate og lav fullføringsrate (Jacobsen, 2015). Valg av bekvemmelighetsutvalg gir i tillegg rom for systematiske feilkilder, om målet er statistisk generalisering. Sett i sammenheng med anslag om antall stillinger i feltet, ser det ut til at mange respondenter har vært opptatt av problemstillingen rundt henvisning og vært motiverte til å fullføre en slik undersøkelse. Det gir en pekepinn på at tematikken har vært oppfattet som viktig av respondentene. Det bidrar til at jeg kan tolke deres responser som et utgangspunkt for teoretisk generalisering.

Det strategiske utvalget i den kvalitative delundersøkelsen lyktes ikke å nå de feltene hvor det viste seg at flesteparten av respondentene arbeidet, poliklinisk eller i FACT-team. At intervjuundersøkelsen ikke også inkluderte en musikkterapeut i poliklinisk eller ambulant arbeid, er en svakhet ved studien som ble oppdaget gjennom et av studiens delresultat.

LITTERATURLISTE

- Ala-Ruona, E. (2005). Non-structured Initial Assessment of Psychiatric Client in Music Therapy. *Music Therapy Today (online)*, VI(1), 23-47.
- Alvesson, M. & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Studentlitteratur.
- Baker, F. A. (2016). Software Used in Data Analysis of Interpretivist Research. I B. L. Wheeler & K. M. Murphy (Red.), *Music Therapy Research* (3. utg., s. 281-290). Barcelona Publishers.
- Bradt, J., Burns, D. S. & Creswell, J. W. (2013). Mixed Methods Research in Music Therapy Research. *Journal of Music Therapy*, 50(2), 123-148.
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE.
- Buch-Hansen, H. & Nielsen, P. (2020). *Critical realism: Basics and beyond*. Bloomsbury Publishing.
- Creo. (2022). *Reviderte yrkesetiske retningslinjer for musikkterapeuter*. Creo - Forbundet for Kunst og Kultur. <https://creokultur.no/wp-content/uploads/2022/06/FS-28-03-22-Reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-for-musikkterapeuter-2022-bokmal.pdf>
- Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3. utg.). Sage.
- Eberhard-Gran, M. (2017). *Spørreskjema som metode for helsefagene*. Universitetsforlaget.
- Eide, I. S. B. (2020). Institutional logics and the organizational context of music therapy. *Nordic journal of music therapy*, 29(5), 460-475.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics : and sex and drugs and rock 'n' roll* (4th ed. utg.). SAGE.
- Gadamer, H.-G. (2010). *Sannhet og Metode - Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Pax forlag.
- Grimen, H. & Molander, A. (2008). Profesjon og kjønn. I A. Molander & T. Li. (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 179-196). Universitetsforlaget.
- Halås, M. S. (2019). *Musikkterapeuter som profesjonsgruppe i Norge - En kartleggingsundersøkelse av musikkterapeuter som er medlem i Norsk forening for musikkterapi sin utdanning, arbeidsfelt og tilsetningsforhold* [Masteroppgave, Universitet i Bergen].
- Haraldsen, G. (2010). *Spørreskjemametodikk : etter kokebokmetoden*. Pensumtjeneste.
- helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2015). *Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne>
- Helsedirektoratet. (2018a). *Helsepersonelloven med kommentarer*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Henvisningsveileder*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/henvisningsveileder>
- Helsedirektoratet. (2022). *Lovfortolkning- spørsmål om musikkterapeut anses som helsepersonell - helsepersonelloven § 3 første ledd, (22/50641-2)*.
- helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hense, C. (2018). Exploring the influence of interdisciplinary clinicians' perceptions of music therapy on referrals in a youth mental health service. *The Australian Journal of Music Therapy*, 29, 18-35.
- Hjort, K., Kristiansen, A. & Barkholt, N. C. (Red.). (2018). *Profesjonsetikk : velferdsarbeid for og med mennesker*. Gyldendal.
- Hodne, I. H. (2008). Musikkterapeutene som profesjonsgruppe i Norge. *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi*.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Cappelen Damm akademisk.

- Jakobsen, T. G. (2021). *Vitenskapsfilosofi og kritisk realisme : et ikke-antroposentrisk alternativ* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Kielland, T., Solli, H. P. & Trondalen, G. (Red.). (2020). *Etableringshåndbok for musikkterapi i rus- og psykisk helsetjeneste*. Norges musikkhøgskole ; Senter for forskning i musikk og helse (CREMAH).
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs.; 3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Larsen, B. H., Magelssen, M., Dunlop, O., Pedersen, R. & Førde, R. (2020). Ethiske dilemmaer i sykehusene under covid-19-pandemien. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2020/12/kronikk/etiske-dilemmaer-i-sykehusene-under-covid-19-pandemien>
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid : perspektiv og strategi* (2. utg. utg.). Universitetsforl.
- Ledger, A., Edwards, J. & Morley, M. (2013). A change management perspective on the introduction of music therapy to interprofessional teams. *Journal of Health Organization and Management*, 27(6), 714-732. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2012-0068>
- Lund, T. & Christophersen, K.-A. (1999). *Innføring i statistikk*. Universitetsforlaget.
- Magelssen, M. (2018). Kapittel 5: Er prioritering forenlig med helsepersonells profesjonsetikk? I H. S. Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe & A.-M. Magnussen (Red.), *Prioritering, styring og likebehandling: Utfordringer i norsk helsetjeneste* (s. 140-165). Cappelen Damm Akademisk. <https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/view/33/139/1434>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Meld. St. 38 (2020-2021). (2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet — Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/?ch=1>
- Molander, A., Terum, L. I. & Studier av profesjonell yrkesutøvelse - kompetanseoppbygging i, p. (2008). *Profesjonsstudier*. Universitetsforl.
- NFMT. (2022). *Vil du delta i forskningsprosjekt? - Henvisning til musikkterapi innen psykisk helse og rusfeltet, en mixed methods studie*. Hentet 31.03 fra <https://www.musikkterapi.no/nyheter/vil-du-delta-i-forskningsprosjekt>
- NOAB. (2023). mellomledd. I *Det norske akademis ordbok*. Hentet 06.02.2023 fra <https://naob.no/ordbok/mellomledd>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal* (FOR-2019-03-01-168). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>
- Pilgrim, D. (2019). *Critical realism for psychologists*. Routledge.
- prioriteringsforskriften. (2000). *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd* (FOR-2000-12-01-1208). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208>
- psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Riska, S. H. & Aasen, H. S. (2018). Kapittel 3: De juridiske rammene. I H. S. Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe & A.-M. Magnussen (Red.), *Prioritering, styring og likebehandling: Utfordringer i norsk helsetjeneste* (s. 82-107). <https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/view/33/139/1426>

- Rolvjord, R. (2010). *Resource-oriented Music Therapy in Mental Health Care*. Barcelona Publishers. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xww&AN=445824&site=ehost-live>
- Roverud, L. H., Kjølvik, T. K., Nesheim, T. & Jesnes, K. (2017). Mellomledd i oppdragsmarkedet. *Søkelys på arbeidslivet*, 34(3), 199-215. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2017-03-04>
- Ruud, E. (2011). Musikk, identitet og helse – hva er sammenhengen? I K. Stensæth & L. O. Bonde (Red.), *Musikk, helse, identitet* (Bd. 3, s. 13-24) (Skriftserie fra Senter for musikk og helse). Norges musikkhøgskole.
- Seberg, A. W. (2020). *A liberating music therapy. A qualitative study on music therapy in the meeting with Norwegian compulsory mental healthcare* [Doktorgradsavhandling, Norges musikkhøgskole]. <https://nmh.brage.unit.no/nmh-xmlui/handle/11250/2656101>
- Silverman, M. J. (2015). *Music therapy in mental health for illness management and recovery* (1. utg.). Oxford University Press.
- Skard, H. K. & Rutsjij, R. (2017). *Et vitenskapelig skjønn*. Hentet 21.04.2023 fra <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2017/03/et-vitenskapelig-skjonn>
- Solli, H. P. (2014). *The groove of recovery : a qualitative study of how people diagnosed with psychosis experience music therapy* [Doktorgradsavhandling, University of Bergen]. Bergen.
- Solli, H. P. & Rolvjord, R. (2015). "The Opposite of Treatment": A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic journal of music therapy*, 24(1), 67-92. <https://doi.org/10.1080/08098131.2014.890639>
- spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/>
- Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2009). Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qualitative health research*, 19(10), 1504-1516.
- Stige, B. & Aarø, L. E. (2011). *Invitation to community music therapy*. Routledge.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Trondalen, G. (2016). *Relational music therapy : an intersubjective perspective*. Barcelona Publishers.
- Waldon, E. G. & Gattino, G. (2019). Assessment in Music Therapy: Introductory Considerations. I S. L. Jacobsen, E. G. Waldon & G. Gattino (Red.), *Music Therapy Assessment: Theory, Research, and Application* (s. 19-41). London.
- Waldon, E. G., Jacobsen, S. L. & Gattino, G. (2019). *Music Therapy Assessment : Theory, Research, and Application*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wettone, S. (2021). What Did You Expect? Exploring the Roles of Clients' and Referrers' Expectations in the Success of the Music Therapy Process. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 21(2). <https://doi.org/10.15845/voices.v21i2.2950>
- Wigram, T., Rasmussen, A. M. & Jacobsen, S. L. (2019). Referral Criteria and Clinical Practice in Music Therapy - An introduction. I S. L. Jacobsen, I. N. Pedersen & L. O. Bonde (Red.), *A Comprehensive Guide to Music Therapy* (2. utg., s. 233-235). Jessica Kingsley Publishers.
- Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag* (2. utg., s. 33-52). Universitetsforl.
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (Red.). (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag* (2. utg.). Universitetsforl.
- Aadland, E. (2018). *Etikk i profesjonell praksis*. Samlaget.
- Aarø, L. E. (2007). *Fra spørreskjema-konstruksjon til multivariat analyse av data: En innføring i survey-metoden*. Research Centre for Health Promotion/Griegakademiet, Universitet i Bergen.
- Aasen, H. S., Bringedal, B., Bærøe, K. & Magnussen, A.-M. (2018a). Introduksjon: Styring, prioritering og likebehandling - om bokens innhold. I H. S. Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe & A.-M. Magnussen (Red.), *Prioritering, styring og likebehandling: Utfordringer i norsk helsetjeneste* (s. 12-29). Cappelen Damm Akademisk. <https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/view/33/139/1434>

Aasen, H. S., Bringedal, B., Bærøe, K. & Magnussen, A.-M. (Red.). (2018b). *Prioritering, styring og likebehandling: Utfordringer i norsk helsetjeneste*. Cappelen Damm Akademisk.
<https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/book/33>.

VEDLEGG

1. KVAL: Intervjuguide + informasjonsskriv (4 sider)
2. KVAN: Informasjonsskriv + spørreskjema (15 sider)
3. Rapport av spørreundersøkelse (25 sider)
4. NSD-godkjenning (2 sider)

INTERVJUGUIDE TIL NSD SØKNAD:

1. Kan du begynne med å fortelle om bakgrunnen din som musikkterapeut?
2. Hvilke brukere/pasienter møter du i arbeidet ditt som musikkterapeut?
3. Hvordan kommer du i kontakt med de som kanskje skal ha musikkterapi?
4. Hvordan fanges det opp at brukere/pasienter gir uttrykk for at de ønsker seg musikkterapi?
5. Hva tror du gjør at noen foreslår en pasient/bruker til musikkterapi med deg?
6. Har dere noen rutiner for henvisning til musikkterapi på din arbeidsplass?
7. Får du mange henvisninger?
8. Har du venteliste?
9. Hvem bestemmer hvem som skal få tilbud om musikkterapi?
10. Om du fikk bestemme hvordan henvisninger til musikkterapi skulle foregå, hvordan hadde det sett ut da?
11. Er det noe annet du tenker er viktig at vi snakker om, som ikke har vært tatt opp?

Vil du delta i forskningsprosjektet

Henvisning til musikkterapi innen psykisk helse og rusfeltet, en mixed methods studie

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan henvisninger til musikkterapi foregår. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette prosjektet er del av musikkterapistudent Gaute Kjølner Andersens masteroppgave ved Norges musikkhøgskole. Oppgavens formål er å undersøke hva musikkterapeuter kan fortelle om hvordan nye brukere blir satt i kontakt med musikkterapeuter innen psykisk helse og rus-feltet. Dette vil bli undersøkt med elektroniske spørreskjema og gjennom semistrukturerte kvalitative intervju.

Foreløpig problemstilling er: «Hvordan foregår henvisning til musikkterapi innen psykisk helse og rus i Norge, slik et utvalg musikkterapeuter opplever det?».

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges musikkhøgskole er ansvarlig for prosjektet. Førsteamanuensis Hans Petter Paulen Solli er veileder på prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta på denne studien fordi du er musikkterapeut som arbeider innen psykisk helse og rus-feltet, og fordi du antas å kunne bidra med verdifull informasjon om hvordan henvisning foregår på din arbeidsplass.

Det er valgt et strategisk utvalg musikkterapeuter på tre, fra ulike nivåer i helsetjenesten, og fra ulike institusjoner. Utvalget er gjort i samarbeid med veileder.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du blir med på et semi-strukturert og kvalitativt intervju, som gjøres av masterstudent. Det vil ta ca 45-60 minutter. Det vil bli gjort lydopptak. Det spørres om din bakgrunn som musikkterapeut, samt ulike spørsmål om prosessen med å komme i kontakt med nye brukere og henvisninger.

Det er et eget samtykkeskjema for dem som deltar på spørreskjemaundersøkelsen. Det er mulig å delta på spørreundersøkelse og intervju.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Lydopptakene vil gjøres på bærbart opptaksutstyr som tilhører behandlingsansvarlig institusjon. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. Ved transkripsjon vil data anonymiseres i henhold til denne koden.

Transkripsjoner gjøres på PC som tilhører studenten uten internett-tilkobling, og lagres på kryptert minnepinne med adgangsbegrensning. Minnepinne vil oppbevares i en safe.

Studenten og veileder vil ha tilgang til lydopptak.

Følgende vil ha tilgang til opplysninger samlet inn: student, Gaute Kjølner Andersen, og veileder Hans Petter Solli.

Deltakere vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen av masteroppgaven.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 18.12.2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges musikkhøgskole har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Prosjektet meldes inn til og godkjennes av NSD (Norsk senter for forskningsdata).

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Norges musikkhøgskole ved Hans Petter Paulen Solli (epost: hans.p.solli@nmh.no eller tlf. 92299235)
- Masterstudent Gaute Kjølner Andersen (epost: gaute.k.andersen@student.nmh.no og tlf. 99577440)
- Norges musikkhøgskoles personvernombud: Rolf Haavik - epost pvo@nmh.no

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

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.
-

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Hans Petter Paulen Solli

Masterstudent
Gaute Kjølner Andersen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Henvisning til musikkterapi innen psykisk helse og rusfeltet, en mixed methods studie*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vil du delta i forskningsprosjektet

Henvisning til musikkterapi innen psykisk helse og rusfeltet, en mixed methods studie

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan henvisninger til musikkterapi foregår. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette prosjektet er del av musikkterapistudent Gaute Kjølner Andersens masteroppgave ved Norges musikkhøgskole. Oppgavens formål er å undersøke hva musikkterapeuter kan fortelle om hvordan nye brukere blir satt i kontakt med musikkterapeuter innen psykisk helse og rus-feltet. Dette vil bli undersøkt med elektroniske spørreskjema og gjennom semistrukturerte kvalitative intervju.

Foreløpig problemstilling er: «Hvordan foregår henvisning til musikkterapi innen psykisk helse og rus i Norge, slik et utvalg musikkterapeuter opplever det?».

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges musikkhøgskole er ansvarlig for prosjektet. Førsteamanuensis Hans Petter Paulen Solli er veileder på prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta på denne studien fordi du er musikkterapeut som arbeider innen psykisk helse og rus-feltet, og fordi du antas å kunne bidra med verdifull informasjon om hvordan henvisning foregår på din arbeidsplass.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du fyller ut et elektronisk spørreskjema via SurveyXact. Det vil ta deg ca. 10-15 minutter. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om hvordan brukere eller pasienter settes i kontakt med deg og ditt musikkterapitilbud. I tillegg spørres det om hvilken landsdel du arbeider i, hvilket praksisfelt du tilhører, hvilken stillingskategori du er i, ansettelsesforhold og stillingsstørrelse. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk gjennom programmet SurveyXact.

Sensitive personopplysninger som samles inn omhandler epost/IP-informasjon som databehandler Rambøll samler inn, og ditt samtykke.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Følgende vil ha tilgang til opplysninger samlet inn ved behandlingsansvarlig institusjon: student, Gaute Kjølner Andersen, og veileder Hans Petter Paulen Solli.

Survey X-act er databehandler som leverer spørreskjema og behandler innsamling og lagring av data. NMH v/ masterstudent Gaute Kjølner Andersen er behandlingsansvarlig.

Deltakere vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen av masteroppgaven.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 18.12.2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges musikkhøgskole har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Prosjektet meldes inn til og godkjennes av NSD (Norsk senter for forskningsdata).

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Norges musikkhøgskole ved Hans Petter Paulen Solli (epost: hans.p.solli@nmh.no eller tlf. 92299235)
- Masterstudent Gaute Kjølner Andersen (epost: gaute.k.andersen@student.nmh.no og tlf. 99577440)
- Norges musikkhøgskoles personvernombud: Rolf Haavik - epost pvo@nmh.no

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

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Hans Petter Paulen Solli

Student
Gaute Kjølner Andersen

Samtykkeerklæring (Legges i spørreskjema)

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Henvvisning til musikkterapi innen psykisk helse og rus-feltet, en mixed methods studie*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i elektronisk spørreskjema

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

SPØRRESKJEMA SOM BLE DISTRIBUTERT:

Velkommen!

Du arbeider med musikkterapi innen psykisk helse og rusfeltet for voksne, og din kunnskap og dine synspunkter er viktige.

Spørreskjemaet omhandler blant annet nye brukere, og henvisning til musikkterapi innen psykisk helse og rusfeltet.

Det vil deg ta rundt ti minutter å fylle ut dette spørreskjemaet, og det kan fylles ut både på PC/MAC eller mobil.

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), 02.11.

Ved å krysse av under, samtykker du til at dine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

Jeg samtykker med dette til:

(1) Å delta i elektronisk spørreskjema.

Din besvarelse blir IKKE identifiserbar ved publisering av prosjektets resultater, og persondata som epost/ip-adresse anonymiseres fullstendig ved prosjektets slutt.

For å sikre at din besvarelse er unik, vennligst skriv inn din epost-adresse i feltet under. Dette gir deg også muligheten til å trekke ditt samtykke, dersom skulle du ønske det.

Din epost-adresse er personsensitiv, og behandles konfidensielt og i tråd med NSDs retningslinjer, som beskrevet i informasjonskrivet.

Epost-adresse:

Først kommer noen korte bakgrunnsspørsmål om deg som musikkterapeut.
Svar med utgangspunkt i arbeidsplassen som du har størstedelen av ditt virke som musikkterapeut, eller har størst tilknytning til.

Hvor er arbeidsplassen?

- (1) Nord-Norge
- (2) Sørlandet
- (3) Trøndelag
- (4) Vestlandet
- (5) Østlandet

Hva slags ansettelsesforhold er dette?

- (1) Fast ansettelse
- (2) Prosjektstilling – midlertidig ansettelse
- (3) Vikariat – midlertidig ansettelse
- (4) Tilkallingsvikar/Ekstrahjelp
- (5) Frilans - selvstendig næringsdrivende

- (10) Annet _____

Har du en fast stillingsprosent?

- (1) Ja

- (0) Nei

Hva er stillingsprosenten?

Skriv bare tall. Trykk så på «Neste».

Hva er din stillingsbeskrivelse?

- (1) Musikkterapeut
- (2) Musikkpedagog
- (3) Musikk lærer
- (4) Miljøterapeut
- (5) Miljøarbeider
- (6) Kulturarbeider
- (7) Psykisk helsearbeider
- (8) Vernepleier
- (9) Sosionom
- (10) Sykepleier
- (11) Psykolog

- (15) Annet, vennligst beskriv: _____

Hvilket felt/institusjon tilhører arbeidsplassen din?

Flere avkryssninger er mulig.

- (30) ACT-team
- (31) Aktivitetshus/oppmøtested
- (32) Akuttmottak
- (33) Avrusning
- (34) DPS – poliklinikk
- (35) FACT-team
- (36) Kommunal rus og psykisk helsetjeneste
- (37) Lavterskeltilbud – psykisk helse
- (38) Lavterskeltilbud i rusomsorgen
- (39) Oppfølgingstilbud
- (40) RusFact
- (41) Sengeposter / Døgnavdeling - psykisk helsevern
- (42) TSB - Rusomsorg

- (43) Annet, vennligst beskriv: _____

Hvor lenge har du arbeidet innen feltet psykisk helse og rus?

- (8) Under ett år
- (9) 1-2 år
- (10) 3-4 år
- (11) 5-6 år
- (12) 7-8 år
- (13) 9-10 år
- (14) 11 år eller mer

Er samvalgsverktøy for psykose i bruk på din arbeidsplass?

- (2) Ja, men for annen behandling enn musikkterapi
- (3) Ja, også for musikkterapi
- (-1) Nei
- (0) Ikke relevant / arbeider ikke med mennesker med psykoselidelser
- (25) Vet ikke

De neste 3-5 spørsmålene vil dreie seg om brukere du allerede har, og om nye brukere du får, og eventuelt venteliste.

Hvor mange forskjellige brukere møter du ukentlig?

0 ———— ⊖ ———— 100

Hvor mange nye brukere møter du i uken?

- (1) 0-1
- (2) 1-2
- (3) 3-4
- (4) 5-6
- (5) 7-8
- (6) 9-10

(7) 11-12

(10) Flere enn 13

Har du brukere på venteliste?

(1) Ja

(0) Nei

Når du tenker på denne uken, hvor mange står på venteliste?

(1) 1-4 brukere på venteliste

(2) 5-9

(3) 10-14

(4) 15-19

(5) 20-24

(6) Flere enn 25 brukere på venteliste

Hvor lenge står brukere på venteliste?

(1) 0-1 uke

(2) 2-3 uker

(3) 4-5 uker

(4) 6-7 uker

(5) 8-9 uker

(6) Mer enn 10 uker / mer enn to og en halv måned

De to følgende spørsmål handler hva som skjer før du får en ny bruker på arbeidsplassen.

Velg minst ett av alternativene ved hvert spørsmål. Flere kryss er mulig.

Tenk på de forrige nye brukerne du kom i kontakt med på arbeidsplassen.

Hvordan får du vite at noen kan være aktuell for musikkterapi?

(Flere kryss er mulig.)

- (8) Henvisning via elektronisk journalsystem
- (9) Gul lapp i elektronisk journalsystem
- (10) Epost eller sms fra ansatte
- (11) Muntlig forespørsel fra ansatte
- (12) Jeg tar selv kontakt med bruker
- (13) Bruker oppsøker selv musikkterapeut/musikkterapi
- (14) Annet _____

Når du blir satt i kontakt med en ny bruker, hva kalles det på din arbeidsplass?

(Flere kryss er mulig.)

- (12) Anbefaling
- (13) Er ikke noe navn for dette / Vet ikke
- (14) Forespørsel
- (15) Gul lapp (melding i journalsystem, f.eks DIPS)
- (16) Henvendelse
- (17) Henvisning
- (18) Intern henvisning
- (19) Sekundær henvisning
- (20) Tilvising
- (21) Annet, vennligst beskriv: _____

De neste fire spørsmålene dreier seg om hvem som tar initiativ til at en bruker skal få musikkterapi, og hvorfor.

Med utgangspunkt i de siste månedene på din arbeidsplass:

Hvem setter deg i kontakt med nye brukere, eller henviser nye brukere til deg?

(Flere kryss er mulig)

- (13) Administrasjon, ledelse
- (14) Annen kunst & uttrykksterapeut
- (15) Annen musikkterapeut
- (16) Ergoterapeut, fysioterapeut
- (17) Lege, overlege, psykiater
- (18) Miljøarbeider/miljøterapeut
- (19) Psykolog/psykologspesialist
- (20) Pårørende
- (21) Sosionom
- (22) Sykepleier, spesialsykepleier

- (23) Andre _____

Hvem setter deg hyppigst i kontakt med eller henviser nye brukere til deg?

1. Administrasjon, ledelse
2. Annen kunst & uttrykksterapeut
3. Annen musikkterapeut
4. Ergoterapeut, fysioterapeut
5. Lege, overlege, psykiater
6. Miljøarbeider, miljøterapeut
7. Psykolog, psykologspesialist
8. Pårørende
9. Sosionom
10. Sykepleier/spesialsykepleier
11. Andre

Hva tenker du er grunnen til at noen setter deg i kontakt med ny bruker, eller henviser en ny bruker til deg?

(Flere kryss er mulig)

- (4) Musikkterapi gir symptomlette
- (2) Alt annet enn musikkterapi har vært prøvd
- (3) Bruker har gode erfaringer med musikkterapi fra før
- (0) Bruker har en musikkinteresse
- (1) Musikkterapi er anbefalt behandlingstilnærming for brukers diagnose
- (5) Musikkterapi som støtte for annen behandling
- (6) Annet, vennligst beskriv: _____

Blant de du nevnte, hvilke grunner mer vanlig enn andre?

- 12. Bruker har en musikkinteresse
- 13. Musikkterapi er anbefalt behandlingstilnærming for brukers diagnose
- 14. Alt annet enn musikkterapi har vært prøvd
- 15. Bruker har gode erfaringer med musikkterapi fra før
- 16. Musikkterapi gir symptomlette
- 17. Musikkterapi som støtte for annen behandling
- 18. Annet

Tenk på hvordan henvisninger til musikkterapi foregår på din arbeidsplass.

Hvor riktige eller gale er følgende påstander om vilkår for å få musikkterapi:

	Helt galt	Noe galt	Verken riktig eller galt	Noe riktig	Helt riktig
Bruker må ha en diagnose hvor musikkterapi er anbefalt behandlingstilnærming	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Bruker må ha en musikkinteresse	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Bruker må ha et ønske om musikkterapi	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>

Bruker trenger ikke å ha en musikkinteresse	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Bruker trenger ikke ha en diagnose hvor musikkterapi er anbefalt behandlingstilnærming	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Bruker trenger ikke ha et ønske om musikkterapi	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>

De neste 6 spørsmålene dreier seg om skriftlig henvisning og rutiner rundt dette.

Med skriftlig henvisning menes her: Skriftlig kommunikasjon til deg som dreier seg om en som kan være aktuell for musikkterapi.

Mottar du skriftlige henvisninger til musikkterapi?

(1) Ja

(0) Nei

Hvor mange henvisninger får du på en vanlig uke?

(1) 0-1

(2) 2-3

(3) 4-5

(4) 6-7

(5) 8-9

(6) 10 eller fler

Har dere rutiner for henvisninger til musikkterapi på din arbeidsplass?

(1) Ja

(0) Nei

Hvor ofte følges rutinene for henvisninger?

(-2) Aldri

- (-1) Sjelden
- (0) Av og til
- (1) Ofte
- (2) Alltid

Ta utgangspunkt i arbeidsplassen du hittil har svart ut fra.

Kan du kort beskrive hvordan henvisning til musikkterapi burde foregå?

I det følgende vil du bli bedt om å ta stilling til en rekke påstander.

Svar med utgangspunkt i din arbeidsplass, dine kollegaer og brukere du møter der.

Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander:

	Svært uenig	Noe uenig	Verken enig eller uenig	Noe enig	Svært enig
Jeg er fornøyd med de skriftlige henvisningene jeg får	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Jeg får mange henvisninger	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Henvisninger er en viktig del av mitt arbeid	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>

Hadde mine kollegaer visst mer om musikkterapi hadde henvisningene blitt bedre	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Det er viktig å ha informasjon om brukeren før første møte	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Det er en sammenheng mellom hva kollegaer vet om musikkterapi og hvem de sender til meg	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
En altfor stor del av mitt arbeid dreier seg om å rekruttere brukere	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Det bør være lav terskel for å tilby noen musikkterapi	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>

Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander (fortsettelse):

	Svært uenig	Noe uenig	Verken enig eller uenig	Noe enig	Svært enig
Det er vanskelig å prioritere mellom brukere	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Det bør være tydelige prioriteringskriterier for musikkterapi	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Jeg skulle ønske jeg fikk skriftlige henvisninger	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Skriftlige henvisninger hjelper meg å prioritere blant brukere på venteliste	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Henvisning til musikkterapi kan erstatte førstegangssamtaler med bruker	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Henvisninger til musikkterapi bør standardiseres	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Henvisninger til musikkterapi bør være muntlige	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
Mine kollegaer synes henvisninger til musikkterapi er unødvendig papirarbeid	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>

Innen psykisk helse og rusfeltet kan alle brukere ha nytte av musikkterapi	(1) <input type="radio"/>	(2) <input type="radio"/>	(3) <input type="radio"/>	(4) <input type="radio"/>	(5) <input type="radio"/>
--	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

Takk for at du ville delta i undersøkelsen!

Undersøkelsen er over, og dine svar på undersøkelsen lagres når du trykker på «Avslutt».

VEDLEGG

Rapport over data fra spørreundersøkelse

ARBEIDSPLASSEN, ANSETTELSESFORHOLD OG ARBEIDSOMRÅDE:.....	3
KAPASITET	6
HENVISNING OG KONTAKTFORMIDLING	8
SKRIFTLIGE HENVISNINGER.....	16
SAMVALGSVERKTØY FOR PSYKOSE	17
PÅSTANDER OM VILKÅR FOR Å FÅ MUSIKKTERAPI:.....	17
HVORDAN BØR HENVISNING TIL MUSIKKTERAPI FOREGÅ, ÅPENT TEKSTFELT	18
HOLDNINGSUNDERSØKELSEN	20
STABLET PROSENTVIS FORDELING, HOLDNINGSUNDERSØKELSE	22

Liste over figurer i Rapport.

FIGUR 1 – RANGERING AV HYPPIGHET BLANT GRUPPER SOM FORMIDLER KONTAKT ELLER HENVISER.....	13
FIGUR 2 – RANGERING AV KONTAKTFORMIDLINGSGRUNNER	15
FIGUR 3 – PÅSTANDER OM VILKÅR FOR MUSIKKTERAPI	18
FIGUR 4 - HOLDNINGER TIL SKRIFTLIGE HENVISNINGER	22
FIGUR 5 - HOLDNINGER TIL KRITERIER.....	23
FIGUR 6 – HOLDNINGER TIL TIDSBRUK OG SAMARBEID.....	23
FIGUR 7 - HOLDNINGER OM PRIORITERING	24
FIGUR 8 – HOLDNINGER RUNDT HENVISNINGSFUNKSJON, -FORM OG KOLLEGAERS SYN	25
FIGUR 9 - HOLDNINGER OM STANDARDISERING, OG INFORMASJON I FORKANT	25

Liste med tabeller i Rapport

TABELL 1 – ARBEIDSPLASSENS Plassering	3
TABELL 2 – STILLINGSBESKRIVELSER	3
TABELL 3 – STILLINGSBESKRIVELSER – ANNET.....	3
TABELL 4 – ANSETTELSESFORHOLD	4
TABELL 5 – FAST STILLINGSPROSENT, JA ELLER NEI.....	4
TABELL 6 – STILLINGSPROSENT	4

TABELL 7 – ARBEIDSOMRÅDER	5
TABELL 8 – ARBEIDSOMRÅDER - ANNET – ÅPENT TEKSTFELT.....	5
TABELL 9 – ANSIENNET I FELTET PSYKISK HELSE OG RUS.....	6
TABELL 10 – ANTALL FORSKJELLIGE BRUKERE, UKENTLIG	6
TABELL 11 – ANTALL NYE BRUKERE UKENTLIG.....	6
TABELL 12 – BRUKERE PÅ VENTELISTE, JA ELLER NEI	7
TABELL 13 – ANTALL BRUKERE PÅ VENTELISTE	7
TABELL 14 – VENTELISTETID.....	8
TABELL 15 – INFORMASJONSFORMIDLING OM AKTUELLE FOR MUSIKKTERAPI	8
TABELL 16 – INFORMASJONSFORMIDLING OM AKTUELLE FOR MUSIKKTERAPI – ÅPEN TEKSTFELT	9
TABELL 17 – BEGREP FOR KONTAKTFORMIDLING	9
TABELL 18 – BEGREP FOR KONTAKTFORMIDLING – ANNET – ÅPENT TEKSTFELT	10
TABELL 19 – GRUPPER SOM FORMIDLER KONTAKT ELLER HENVISER NYE	10
TABELL 20 – GRUPPER SOM FORMIDLER KONTAKT ELLER HENVISER NYE – ANDRE - ÅPENT TEKSTFELT	11
TABELL 21 – KONTAKTFORMIDLING ELLER HENVISNINGSGRUNN.....	11
TABELL 22 – GRUNNER FOR FORMIDLING ELLER HENVISNING – ANNET (ÅPENT TEKSTFELT)	12
TABELL 23 – MÅL FOR TENDENS OG SPREDNING I FLERSVARSPØRSMÅL.....	12
TABELL 24 - GRUPPER SOM FORMIDLER KONTAKT ELLER HENVISER.....	13
TABELL 25 – TENDENS I RANGERING AV HYPPIGHET BLANT KONTAKTFORMIDLERE.....	14
TABELL 26 – GRUNNER FOR KONTAKTFORMIDLING	14
TABELL 27 – TENDENS I RANGERING AV GRUNNER FOR KONTAKTFORMIDLING.....	15
TABELL 28 – SKRIFTLIGE HENVISNINGER, JA ELLER NEI.....	16
TABELL 29 – ANTALL UKENTLIGE HENVISNINGER.....	16
TABELL 30 – RUTINER FOR HENVISNING PÅ ARBEIDSPLASSEN, JA ELLER NEI.....	16
TABELL 31 – RUTINER FOR HENVISNING, HVOR OFTE FØLGES DE.....	17
TABELL 32 – BRUK AV SAMVALGSVERKTØY PÅ ARBEIDSPLASSENE	17
TABELL 33 - HVORDAN BØR HENVISNING TIL MUSIKKTERAPI FOREGÅ, ÅPENT TEKSTFELT.....	18
TABELL 34 – BESVARELSER OG MEDIAN RUNDT PÅSTANDER OM SKRIFTLIGE HENVISNINGER.....	21
TABELL 35 – ANTALL BESVARELSER OG TENDENS I BESVARELSER PÅ PÅSTANDER	21
TABELL 36 – ØNSKE OM SKRIFTLIGE HENVISNINGER.....	22
TABELL 37 – PÅSTAND OM SKRIFTLIG HENVISNINGER HJELPER MED PRIORITERING	22

Arbeidsplassen, ansettelsesforhold og arbeidsområde:

Tabell 1 – Arbeidsplassens plassering

Hvor er arbeidsplassen?

		<i>n</i>	Prosent
Valid	Vestlandet	15	42,9
	Østlandet	20	57,1
	Total	35	100,0

Tabell 2 – Stillingsbeskrivelser

Hva er din stillingsbeskrivelse?

		<i>N</i>	Prosent
Valid	Musikkterapeut	30	85,7
	Miljøterapeut	1	2,9
	Psykisk helsearbeider	1	2,9
	Vernepleier	1	2,9
	Annet	2	5,7
	Total		35

Note: Annet var åpent tekstfelt, se egen tabell.

Tabell 3 – Stillingsbeskrivelser – Annet

Annet:

Offisielt og i praksis "musikkterapeut", men "konsulent" på papiret
Musikkpedagog/terapeut

Tabell 4 – Ansettelsesforhold

Hva slags ansettelsesforhold er dette?

		<i>n</i>	Prosent
Valid	Fast ansettelse	29	82,9
	Prosjektstilling ? midlertidig ansettelse	3	8,6
	Vikariat eller midlertidig ansettelse	2	5,7
	Annet	1	2,9
	Total	35	100,0

Note: Respondent som svarte annet fylte ikke ut åpen tekstfelt.

Tabell 5 – Fast stillingsprosent, ja eller nei

Har du en fast stillingsprosent?

		<i>n</i>	Prosent
Valid	Ja	35	100,0

Tabell 6 – Stillingsprosent

Tendens og variasjon i stillingsprosent

Hva er stillingsprosenten?

<i>n</i>		Gjennom-			
Valid	Missing	snitt	Standardavvik	Minimum	Maksimum
35	0	88,29	20,506	40	100

Tabell 7 – Arbeidsområder

Flersvarsspørsmål om arbeidsområder

		Frekvens	Prosent av respondenter
Hvilket område krysset respondentene av?	FACT-team	11	31,4%
	DPS - poliklinikk	10	28,6%
	Sengeposter / Døgnavdeling - psykisk helsevern	9	25,7%
	Kommunal rus og psykisk helsetjeneste	8	22,9%
	TSB - Rusomsorg	6	17,1%
	Annet	5	14,3%
	Lavterskeltilbud - psykisk helse	3	8,6%
	Lavterskeltilbud i rusomsorgen	3	8,6%
	Oppfølgingstilbud	3	8,6%
	ACT-team	2	5,7%
	Aktivitetshus/oppmøtested	2	5,7%
	Akuttmottak	1	2,9%
	Avrusning	0	0,0%
	RusFact	0	0,0%

Note: Flere svar var mulig. Felt/institusjon var uttrykket i spørreskjema. Arbeidsområde er brukt i oppgaven. Prosent oppgitt med utgangspunkt i de 35 som svarte spørsmålet.

Tabell 8 – Arbeidsområder - Annet – åpent tekstfelt

Kommunalt helse- og sosialfaglige lavterskeltilbud for personer i aktiv rus eller med langvarig rusproblematikk
TSB - poliklinikk
Stilling organisert i ettervernspliklinikk v/DPS, men tar henvisning både fra sengepost og poliklinikk
Oppsøkende tjeneste
Stifinnertiltak (forberedelse til rusbehandling i fengsel)

Tabell 9 – Ansiennitet i feltet psykisk helse og rus

Hvor lenge har du arbeidet innen feltet psykisk helse og rus?

		<i>n</i>	Prosent
Valid	Under ett år	4	11,4
	1-2 år	6	17,1
	3-4 år	6	17,1
	5-6 år	9	25,7
	7-8 år	5	14,3
	9-10 år	2	5,7
	11 år eller mer	3	8,6
	Total	35	100,0

Kapasitet

Tabell 10 – Antall forskjellige brukere, ukentlig

Tendens i antall forskjellige brukere, ukentlig

Hvor mange forskjellige brukere møter du ukentlig?

<i>n</i>	Valid	24
	Missing	11
Gjennomsnitt		15,04
Standardavvik		7,244
Minimum		4
Maksimum		32

Note: Spørsmålet ble besvart gjennom å dra en markør til et bestemt heltall.

Tabell 11 – Antall nye brukere ukentlig

Hvor mange nye brukere møter du i uken?

		<i>n</i>	Prosent	Valid Prosent
Valid	0-1	18	51,4	52,9
	1-2	12	34,3	35,3
	3-4	3	8,6	8,8
	Flere enn 13	1	2,9	2,9
	Total	34	97,1	100,0
Missing	Ikke svart	1	2,9	
Total		35	100,0	

Note: Overlappende svaralternativ 0-1 og 1-2 er slått sammen i analyse og tolkning av data.

Tabell 12 – Brukere på venteliste, ja eller nei

Har du brukere på venteliste?

		<i>n</i>	Prosent	Valid Prosent
Valid	Nei	13	37,1	38,2
	Ja	21	60,0	61,8
	Total	34	97,1	100,0
Missing	Ikke svart	1	2,9	
Total		35	100,0	

Tabell 13 – Antall brukere på venteliste

Når du tenker på denne uken, hvor mange står på venteliste?

		<i>n</i>	Prosent	Valid Prosent
Valid	1-4 brukere på venteliste	15	42,9	71,4
	5-9	1	2,9	4,8
	10-14	4	11,4	19,0
	20-24	1	2,9	4,8
	Total	21	60,0	100,0
Missing	System	14	40,0	
Total		35	100,0	

NOTE: «Missing system» er respondenter som ikke hadde brukere på venteliste, som derfor ikke fikk dette spørsmålet presentert.

Tabell 14 – Ventelistetid

Hvor lenge står brukere på venteliste?

		<i>n</i>	Prosent	Valid Prosent
Valid	0-1 uke	1	2,9	5,0
	2-3 uker	5	14,3	25,0
	4-5 uker	4	11,4	20,0
	6-7 uker	1	2,9	5,0
	8-9 uker	2	5,7	10,0
	Mer enn 10 uker / mer enn to og en halv måned	7	20,0	35,0
	Total	20	57,1	100,0
Missing	System	15	42,9	
Total		35	100,0	

Note: «Missing system» er respondenter som ikke hadde brukere på venteliste, som derfor ikke fikk dette spørsmålet presentert.

Henvisning og kontaktformidling

Tabell 15 – Informasjonsformidling om aktuelle for musikkterapi

Informasjonsformidling om aktuelle for musikkterapi

		<i>n</i>	Prosent av respondenter
Hvordan får du vite at noen kan være aktuell for musikkterapi?	Muntlig forespørsel fra ansatte	30	85,7%
	Bruker oppsøker selv musikkterapeut/musikkterapi	20	57,1%
	Gul lapp i elektronisk journalsystem	19	54,3%
	Jeg tar selv kontakt med bruker	13	37,1%
	Annet	10	28,6%
	Henvisning via elektronisk journalsystem	7	20,0%
	Epost eller sms fra ansatte	6	17,1%

Note: Flere svar mulig. Totalt antall respondenter = 35. Prosent oppgitt på bakgrunn av det. Annet er åpent tekstfelt, se egen tabell.

Tabell 16 – Informasjonsformidling om aktuelle for musikkterapi – åpen tekstfelt

Informasjonsformidling om aktuelle – åpent tekst:

Gjennom kartlegging: Målsetningen er å kartlegge alle pasienter. Det er 18 døgnplasser på min arbeidsplass.
Andre musikkterapeuter samarbeider om overganger
Jeg kommer i kontakt med dem ved at de deltar i gruppetilbud jeg leder, på uformelle samtaler i fellesmiljøet på sengeposten, eller på ukentlig allsang i fellesmiljøet.
Hovedsakelig er det u.t. som identifiserer potensielle kandidater gjennom tavle/teammøter. Drøfter så aktualitet med den som kjenner pas best og tar deretter kontakt selv eller gjennom ansvarlig behandler.
Fact-teamet diskuterer hva som er best behandling for pasient.
Deltagelse på møte hvor nye brukere blir presentert
Nye brukere presenteres og diskuteres på tverrfaglig vedtaksmøte. Deretter avtales et infomøte med ansatte og bruker for videre kartlegging. De fordeles til musikkterapi gruppe utfra problematikk og interesser/ressurs
Musikkterapien foregår som del av et tverrfaglig sammensatt medikamentfritt behandlingsprogram. Per d.d. og med denne stillingsstørrelsen er det ikke rom for å søke seg til kun musikkterapi.
Henvisning fastlege, spesialisthelsetjeneste, ruskonsulent
Henvendelse fra foreldre/barn/ungdom i kommunen, eller BUP

Tabell 17 – Begrep for kontaktformidling

Begrep for kontaktformidling

	<i>n</i>	Prosent av respondenter	
Når du blir satt i kontakt med ny bruker, hva kalles det på din arbeidsplass?	Forespørsel	11	31,4%
	Henvendelse	11	31,4%
	Er ikke noe navn for dette / Vet ikke	10	28,6%
	Gul lapp (melding i journalsystem, f.eks DIPS)	10	28,6%
	Henvisning	8	22,9%
	Annet	5	14,3%
	Anbefaling	4	11,4%
	Intern henvisning	4	11,4%
	Sekundær henvisning	3	8,6%
	Tilvisning	1	2,9%

Note: Flere svar mulig. Totalt antall respondenter er 35, prosenter oppgitt på bakgrunn av det. Annet er åpent tekstfelt, se egen tabell.

Tabell 18 – Begrep for kontaktformidling – Annet – Åpent tekstfelt

Vi kaller det vel en henvisning, men det er ikke noen formell henvisning til musikkterapi i døgn. Noen ganger får jeg gul lapp i forkant hvis pas kommer fra poliklinikk og har gitt uttrykk for ønske om dette. Da er det som regel. Eller så kaller vi det "musikkterapi kartlegging". Alle pasienter får tilbud om dette. Prøver å få dette gjort innen 2 uker etter ankomst o [sic]
Pasienten er henvist teamet som musikkterapeuten er en del av. Jeg knytter kontakt til pasienten gjennom den generelle henvisningen til teamet. Ikke egen henvisning til musikkterapi.
Nytt vedtak (vedtatt rett til gruppebehandling i kommunen)
Musikkterapi er en del av det helhetlige tilbudet som Fact tilbyr, og blir derfor ikke tildelt utenom dette. Hvis pasienten har fått tilbud om fact får hen også informasjon om musikkterapi
Ikke helt relevant, da nye brukere tildeles plass i et mer omfattende program, og ikke henvises til musikkterapi som sådan..

Tabell 19 – Grupper som formidler kontakt eller henviser nye

Grupper som formidler kontakt eller henviser

		<i>n</i>	Prosent av respondenter
Hvem setter deg i kontakt med eller henviser?	Psykolog/psykologspesialist	25	71,4%
	Sykepleier, spesialsykepleier	24	68,6%
	Miljøarbeider/miljøterapeut	21	60,0%
	Lege, overlege, psykiater	17	48,6%
	Sosionom	17	48,6%
	Andre	13	37,1%
	Annen musikkterapeut	10	28,6%
	Administrasjon, ledelse	9	25,7%
	Ergoterapeut, fysioterapeut	5	14,3%
	Pårørende	2	5,7%
	Annen kunst & uttrykksterapeut	1	2,9%

Note: Flere svar mulig. Totalt svarte 35. Prosent er gitt med utgangspunkt i dette. Andre var åpent tekstfelt, se egen tabell

Tabell 20 – Grupper som formidler kontakt eller henviser nye – Andre - åpent tekstfelt

Ruskonsulent
Kolleger hvis det kommer fra andre, men vi oppsøker primært selv eller brukere møter opp på stedet.
Erfaringskonsulent
settes i kontakt i miljøet på senteret
Pasientene selv tar noen ganger initiativ til kontakt før kartlegging er gjennomført.
Meg selv
Ansatte i kommunen, ansatte i FACT, brukere selv, støttekontakter m.m.
Ergoterapeut
Fact-teamet blir enige om å forsøke musikkterapi med pasienten basert på interesser, tilstand osv.
Ansatte i kriminalomsorgen
Vernepleier, erfaringskonsulent
Konkret ønske i henvisningen til institusjonen.
Henvisninger til det sammensatte behandlingsprogrammet kan ved behov drøftes i det tverrfaglige teamet, men psykiater/psykologspesialist har beslutningsmyndighet om hvem som skal gis tilbud

Tabell 21 – Kontaktformidling eller henvisningsgrunn

Grunner for kontaktformidling

		<i>n</i>	Prosent av respondentene
Hva tenker du er grunnen til at noen setter deg i kontakt med ny bruker, eller henviser en ny bruker til deg?	Bruker har en musikkinteresse	35	100,0%
	Alt annet enn musikkterapi har vært prøvd	26	74,3%
	Bruker har gode erfaringer med musikkterapi fra før	26	74,3%
	Musikkterapi som støtte for annen behandling	25	71,4%
	Musikkterapi gir symptomlette	16	45,7%
	Musikkterapi er anbefalt behandlingstilnærming for brukers diagnose	14	40,0%
	Annet	10	28,6%

Note: Flere svar var mulig. Totalt svarte 35 respondenter. Prosent er gitt med utgangspunkt i dette. Annet var åpen tekst felt, se egen tabell.

Tabell 22 – Grunner for formidling eller henvisning – Annet (Åpent tekstfelt)

Behandler foreslår MT for pasient, eller pasient etterspør MT til behandler
pas er lite tilgjengelig i verbal samtale
Det er blitt en bevissthet fra personalet at musikkterapi (og kropppsykoterapi som jeg også gjør) setter igang prosesser i nuet med terapeuten som gir mulighet for å jobbe direkte med utfordringer klienten har. [...] jeg jobber nok litt annerledes enn norskutdannede musikkterapeuter sånn senere
Bruker/pasient ønsker musikkterapi.
Bruker har behov for aktivitet. Er mye tilbaketrukket og inaktiv
Behandler har hørt om/opplevd positive prosesser fra sine pasienter som har benyttet musikkterapi tidligere.
Bruker har uttrykt interesse for musikkterapi
Tanker fra annet personell om effekt hos person
Brukeren har selv sagt til miljøterapeut at hen ønsker musikkterapi og miljøterapeutene tar kontakt på brukers vegne
Dette svaret er gitt med utgangspunkt i hvordan det har fungert når jeg har servert en større stillingsprosent og flere avdelinger tidligere, og ikke slik det er pr. nå, da jeg bare har klienter som har musikkterapi som del av et mer omfattende tverrfaglig medikamentfritt opplegg.

Tabell 23 – Mål for tendens og spredning i flersvarsspørsmål

Mål for tendens og spredning i flervalgsspørsmål

		Antall	Antall	Antall	Antall	Antall
		områder	valgte kunnskapsmåter om aktuelle for musikkterapi	navn for kontakt	grupper som setter i kontakt med eller henviser	grunner for kontakt
<i>n</i>	Valid	35	35	35	35	35
	Missing	0	0	0	0	0
	Gjennomsnitt	1,80	3,00	1,91	4,11	4,34
	Standardavvik	1,079	1,414	1,173	1,967	1,282
	Minimum	1	1	1	1	2
	Maksimum	5	6	6	8	7

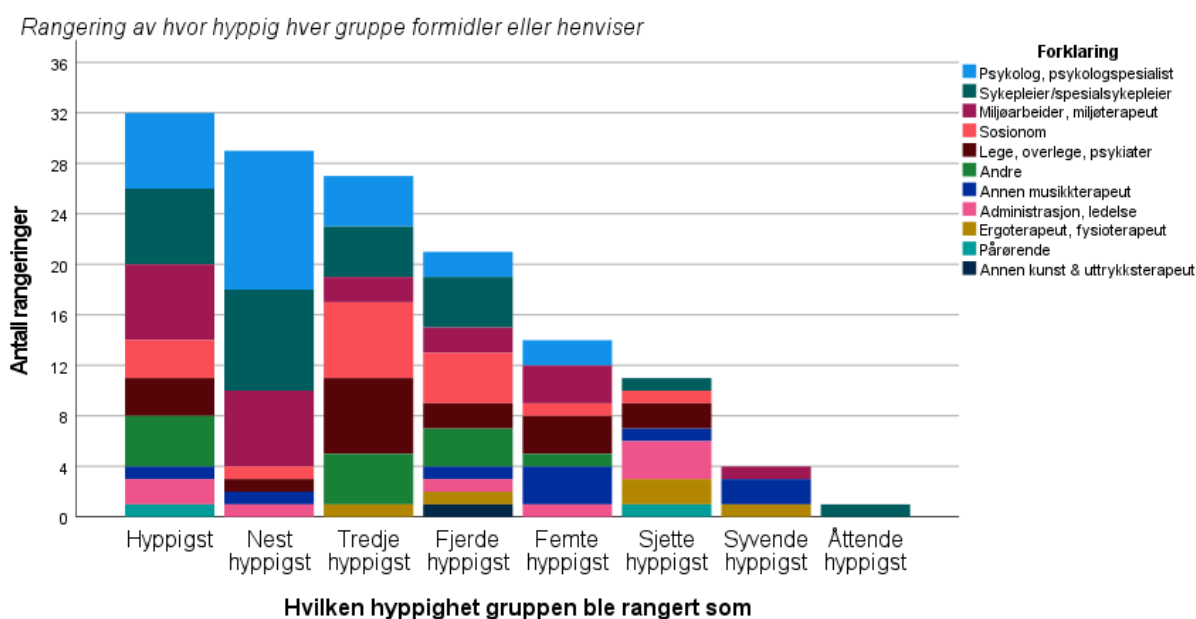
Tabell 24 - Grupper som formidler kontakt eller henviser

Grupper som formidler kontakt eller henviser

		<i>n</i>	Prosent av respondenter
Hvem setter deg i kontakt med eller henviser?	Psykolog/psykologspesialist	25	71,4%
	Sykepleier, spesialsykepleier	24	68,6%
	Miljøarbeider/miljøterapeut	21	60,0%
	Lege, overlege, psykiater	17	48,6%
	Sosionom	17	48,6%
	Andre	13	37,1%
	Annen musikkterapeut	10	28,6%
	Administrasjon, ledelse	9	25,7%
	Ergoterapeut, fysioterapeut	5	14,3%
	Pårørende	2	5,7%
	Annen kunst & uttrykksterapeut	1	2,9%

Note: Flere svar mulig. Totalt svarte 35. Prosent er gitt med utgangspunkt i dette.

Figur 1 – Rangering av hyppighet blant grupper som formidler kontakt eller henviser



Note: 32 respondenter gjennomførte rangeringsspørsmålet.

Tabell 25 – Tendens i rangering av hyppighet blant kontaktformidlere

Tendens i rangering av hyppighet blant kontaktformidlere

	N		Median
	Valid	Missing	
Psykolog, psykologspesialist	25	10	2,00
Sykepleier/spesialsykepleier	24	11	2,00
Miljøarbeider, miljøterapeut	20	15	2,00
Lege, overlege, psykiater	17	18	3,00
Sosionom	16	19	3,00
Andre	12	23	3,00
Pårørende	2	33	3,50
Annen kunst & uttrykksterapeut	1	34	4,00
Administrasjon, ledelse	8	27	4,50
Annen musikkterapeut	9	26	5,00
Ergoterapeut, fysioterapeut	5	30	6,00

Note: Flere svar var mulig. 32 besvarte rangeringsspørsmålet. Tabellen er sortert etter median, hvor lav median tilsier hyppigst. Missing er antall som ikke hadde ført opp alternativet i et tidligere spørsmål, i tillegg til de tre som ikke gjennomførte rangeringen.

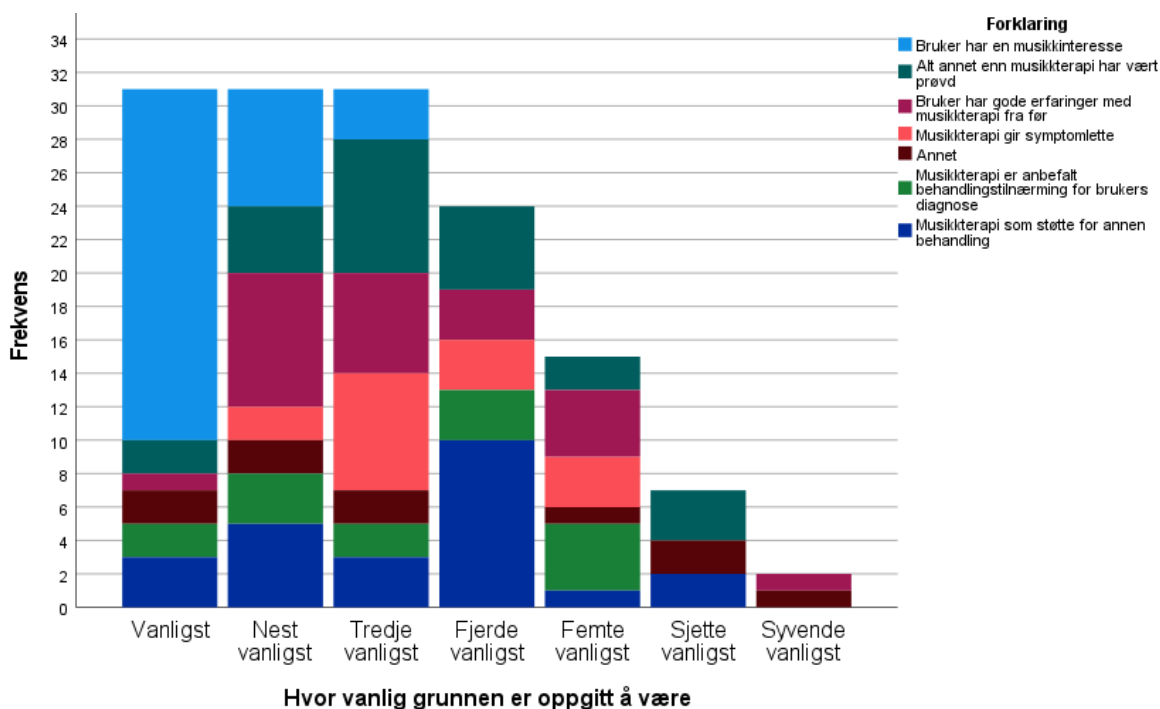
Tabell 26 – Grunner for kontaktformidling

Grunner for kontaktformidling

		<i>n</i>	Prosent av respondentene
Hva tenker du er grunnen til at noen setter deg i kontakt med ny?	Bruker har en musikkinteresse	35	100,0%
	Alt annet enn musikkterapi har vært prøvd	26	74,3%
	Bruker har gode erfaringer med musikkterapi fra før	26	74,3%
	Musikkterapi som støtte for annen behandling	25	71,4%
	Musikkterapi gir symptomlette	16	45,7%
	Musikkterapi er anbefalt behandlingstilnærming for brukers diagnose	14	40,0%
	Annet	10	28,6%

Note: Flere svar var mulig. Totalt svarte 35 respondenter. Prosent er gitt med utgangspunkt i dette.

Figur 2 – Rangering av kontaktformidlingsgrunner



Note: $n=31$, fire svarte ikke på spørsmålet. Kun grunner som respondentene hadde oppgitt, ble de bedt om å rangere.

Tabell 27 – Tendens i rangering av grunner for kontaktformidling

Tendens i rangering av grunner for kontaktformidling

	N		Median
	Valid	Missing	
Bruker har en musikkinteresse	31	4	1,00
Alt annet enn musikkterapi har vært prøvd	24	11	3,00
Bruker har gode erfaringer med musikkterapi fra før	23	12	3,00
Musikkterapi gir symptomlette	15	20	3,00
Annet	10	25	3,00
Musikkterapi er anbefalt behandlingstilnærming for brukers diagnose	14	21	3,50
Musikkterapi som støtte for annen behandling	24	11	4,00

Note: Tabell sortert etter median i synkende rekkefølge. Lav median indikerer tendens til rangering av kontaktformidlingsgrunn som vanligst.

Skriftlige henvisninger

Tabell 28 – Skriftlige henvisninger, ja eller nei

Skriftlige henvisninger til musikkterapi, ja eller nei

		<i>n</i>	Prosent
Valid	Nei	9	25,7
	Ja	26	74,3
	Total	35	100,0

Tabell 29 – Antall ukentlige henvisninger

Antall ukentlige henvisninger

		<i>n</i>	Prosent	Valid Prosent
Valid	0-1	20	57,1	76,9
	2-3	6	17,1	23,1
	Total	26	74,3	100,0
Missing	System	9	25,7	
Total		35	100,0	

Note: Bare stilt til dem som oppgav å motta skriftlige henvisninger

Tabell 30 – Rutiner for henvisning på arbeidsplassen, ja eller nei

Rutiner for henvisning på arbeidsplassen, ja eller nei

		<i>n</i>	Prosent
Valid	Nei	20	57,1
	Ja	15	42,9
	Total	35	100,0

Note: Spørsmålet ble stilt til alle

Tabell 31 – Rutiner for henvisning, hvor ofte følges de

<i>Rutiner for henvisning, hvor ofte følges de</i>				
		<i>n</i>	Prosent	Valid Prosent
Valid	Sjelden	1	2,9	6,7
	Av og til	4	11,4	26,7
	Ofte	9	25,7	60,0
	Alltid	1	2,9	6,7
	Total	15	42,9	100,0
Missing	System	20	57,1	
Total		35	100,0	

Samvalgsverktøy for psykose

Tabell 32 – Bruk av samvalgsverktøy på arbeidsplassene

<i>Er samvalgsverktøy for psykose i bruk på din arbeidsplass?</i>				
		<i>n</i>	Prosent	Valid Prosent
Valid	Nei	11	31,4	32,4
	Ikke relevant / arbeider ikke med mennesker med psykoselidelser	4	11,4	11,8
	Ja, men for annen behandling enn musikkterapi	2	5,7	5,9
	Ja, også for musikkterapi	2	5,7	5,9
	Vet ikke	15	42,9	44,1
	Total	34	97,1	100,0
Missing	Ikke svart	1	2,9	
Total		35	100,0	

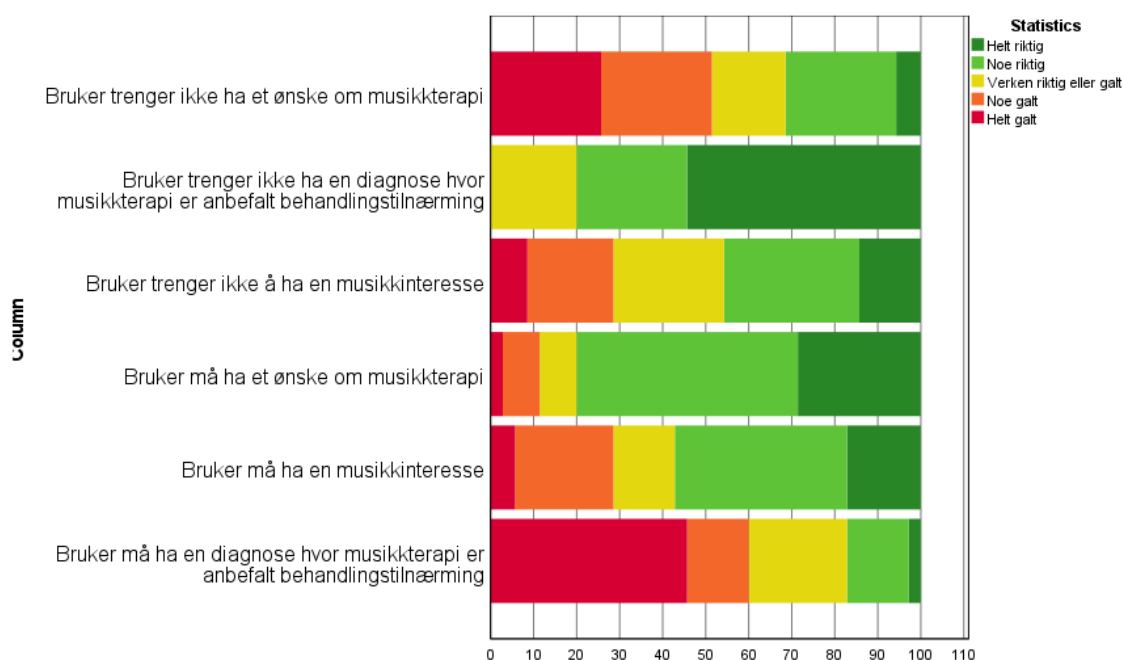
Note: Valid betyr prosent med utgangspunkt i de som besvarte spørsmålet, i dette tilfellet 34.

Missing betyr respondenter som ikke har svart på spørsmålet.

Påstander om vilkår for å få musikkterapi:

Diagrammer for liggende stablede prosentvisfordeling av responser på enkeltpåstander. Påstander ses til venstre, og prosentfordeling på ulike svaralternativer til høyre for dette. Svært uenig i mørk rød på venstre side, og svært enig i grønn på høyre side.

Figur 3 – Påstander om vilkår for musikkterapi



Hvordan bør henvisning til musikkterapi foregå, åpent tekstfelt

Tabell 33 - Hvordan bør henvisning til musikkterapi foregå, åpent tekstfelt

Siden jeg jobber på lavterskeltilbud er det naturlig at en del skjer spontant uten avtale. For brukere med høyere grad av rusmestrings kan vi gjøre avtaler, men det er i stor grad et brukerstyrt tilbud der de kommer til oss når de ønsker det.
Har forsøkt mange ulike metoder, men har falt tilbake på at det enkle ofte er det beste: Sende gul lapp i DIPS med kort beskrivelse av pasient sitt behov. Eventuelt drøfte pasientsak i teammøte i forkant, og deretter sende bekreftende gul lapp i DIPS. Resten avklares og kartlegges i kartleggingssamtale, og koordineres med behandler etter vi har kommet i gang.
Mer systematisk: det burde bli skrevet eit eget notat i pasienten sin journal om henvisning til musikkterapi hver gang dette skjer. Pragmatisk sett tenker jeg at det ikke kan bli gjort mer enn dette. Dagene på DPS/FACT-team er fulle nok med papirarbeid som det er.
Min arbeidsplass opererer ikke med henvisninger, men musikkterapeut tar selv kontakt med brukere i lavterskeltilbudet.
Det er vanskelig å svare kort på. Siden jeg jobber i døgnet blir pasienter henvist til døgnet generelt, og ikke musikkterapi spesielt, selv om dette noen ganger skjer i tillegg gjennom gul lapp i dips eller telefonkontakt med musikkterapeut i poliklinikk. Jeg ville nok gjennomført en kartlegging før startet forløp uansett, så synes dette systemet fungerer, men det hadde det mulig ikke gjort hvis jeg skulle serve et større antall pasienter.
Musikkterapeut bør være inkludert i inntaksteam med jevne mellomrom. Henvisning til musikkterapi bør foregå på lik linje med andre behandlingstilbud, både direkte fra inntaksteamet og internt fra andre behandlere. Dersom det henvises internt bør dette gå via leder for aktuell avdeling slik at dette synliggjøres og forankres på ledernivå.
Direkte uformell telefonsamtale fra helsepersonell/ behandler som jobber tett på pas. I kommunen kan pas få vedtak på musikkterapi gjennom tildelingskontoret, som finansierer musikkterapeutens stilling og bidrar til vekst i tilbudet. Ved flere slike henvendelser kan tilbudet om musikkterapi vokse og gjøres tilgjengelig for flere.
Man får enten muntlig henvisning eller gul lapp i DIPS. Vurderer da ut fra kapasitet ønske og behov. Følger flere inntakskriterier hvor de viktigste er: bruker har et sterkt ønske om musikkterapi eller om medikamentfri behandling, har lite utbytte av annen behandling og stor vekt på negative symptomer ved psykose. Har også andre kriterier som er mindre viktige

På min jobb er dette ganske ustrukturert. Er usikker på om det er nødvendig/ønskelig med skriftlig henvisning, da dette fort bare blir ekstra papirarbeid og høyere terskel for kollegaene mine. Muntlige forespørsler og kontinuerlig dialog med teamet fungerer som en form for henvisning
Musikkterapeutene tar opp nye henvendelser, kontakter de som har tatt kontakt og avtaler et møte om de har anledning til det. Bruker tid på førstegangssamtale og kartlegging av hva som kan være riktig tilnærming for den enkelte. Forventningsavklarer ift ønsker, behov, kapasitet, venteliste, muligheter
Jeg ønsker skriftlig henvisning, først og fremst via Gul lapp journalsystem. Forøvrig er det en arbeidsplass hvor jeg er mye i kontakt og dialog med øvrige ansatte og pasienter (også pasienter som jeg ikke har i musikkterapi), det er dermed at en del "henvendelser" foregår muntlig på rapportmøter o.l.
Det er min mening at samtlige pasienter som mottar behandling i FACT/DPS bør tilbys samtale med den aktuelle musikkterapeuten, så pasienten selv kan vurdere om musikkterapien som tilbys kan være relevant for deres behandling.
Ta kontakt med musikkterapeut/avdeling, høre om kapasitet, kort drøfte problemstilling saman med musikkterapeut, sende henvisning.
Andre ansatte og ledelse bør kanskje få mer kunnskap om hvilke diagnoser musikkterapi er anbefalt for. Nå virker det som at de henviser brukere til meg mest fordi "ingen ting" motiverer eller fungerer av annen behandling.
Avhenger av om det er polikliniske eller pasienter fra døgn - eller ruspost: fra polikliniske er det fint med skriftlig henvisning slik at jeg direkte kan lese om pasientens historie og utfordringer, sammen med direkte dialog med den som henviser, og jeg får beskrivelse av hvorfor pasienten vurderes som aktuell for musikkterapi. Fra døgn og ruspost er det fint på flere måter, jeg merker fort om MT gir mening eller ikke etter første time.
Igjennom tverrfaglig team. Eventuelt direkte fra psykolog.
Vi tar det opp på fellesmøter og syns i grunn det fungerer godt. Da får mine medkollega drøfte saken med meg og vi finner ut av det sammen om det er et egnet tilbud.
Har tidligere erfart at det er nyttig å informere andre ansatte om hva som kan være nyttig bruk av musikkterapi, og for hvem det kan være nyttig. Dette er ikke aktuelt i fact da vi jobber samtidig og sammen om og med pasienter.
Alle pasienter burde får tilbud on musikkterapi. Jeg, som musikkterapeut, burde komme innom pasienten og forklare hva musikkterapi er og hvordan vi kan jobbe. Eventuelt burde øvrig personale få undervisning/økt kunnskap om hva det er. Jeg tror mange pasienter takker nei til tilbud om MT fordi øvrig personale ikke har nok kunnskap om tilbudet til å kunne forklare og beskrive hva det er. Jeg mener en gul lapp hvor det står at pasient er interessert i musikkterapi er fint. Så kan jeg komme innom for å forklare mer selv. Annen type henvisning kjenner jeg dessverre ikke til, men jeg vil tro at det kunne vært fint for å synliggjøre musikkterapi som behandlingsform.
Behandlere informerer nye pasienter om det generelle tilbudet ved arbeidsplass, blant annet musikkterapi - Pasient gir uttrykk om å ønske mer info/teste ut musikkterapi eller behandler anbefaler pasient å prøve det ut, ut i fra indikasjon. -Behandler tar kontakt via gul-lapp i journalsystem, skriver kort om hvem pasienten er, musikkinteresse/erfaring, hva som er motivasjon for musikkterapi - Musikkterapeut dokumenter henvisning i journal - Musikkterapeut går gjennom venteliste, og gir et estimat på når pas kan få tilbud - Musikkterapeut spør behandler om pas. vil stå på venteliste. - Avklarer hvordan musikkterapeut skal igangsette første kontakt med pasient (hva har pasienten behov for av rammer. f.eks. direkte kontakt, kontakt via behandler, felles samtale, komme innom uformelt for å se musikkrommet og få et fjes på musikkterapeut.) - Musikkterapeut tar kontakt med behandler eller direkte med pasient og legger avt
Ønskelig med skriftlig henvisning i dips, med beskrivelse av sykdomsbildet og hvorfor man tenker musikkterapi er aktuelt.
Henvisningen bør sendes via "rødmail" i elektronisk journalsystem, men det er også fint å drøfte muntlig i forkant for å finne ut av om personen er i målgruppa og om vi har kapasitet til å ta inn vedkommende.
Bruker søker selv om mestringskurs i form av musikkterapigruppe via portal på kommunens hjemmeside - Bruker kan møte opp til åpent lavterskel kortilbud - Brukere som allerede har vedtak om kommunal oppfølgingstjeneste eller FACT-team får tilbud om musikkterapi dersom de ønsker dette.
Sekundærhenvisning fra aktuell avd jeg ikke er ansatt i. Samt gul lapp. Slik er det i dag og det fungerer veldig bra.

Gul lapp i journalsystem med kort beskrivelse av aktuell situasjon og tanker om hva musikkterapi kan bidra med. Eventuelt ta dette muntlig med meg på et kontor eller på et avdelingsmøte.
Bør være rask forespørsel etter ankommet til sengepost/helsetjeneste, etter god informasjon om tilbudet, slik at det kan bli et reelt tilbud til brukere. Da vil det også bli et tydeligere bilde av behovet for fler musikkterapeuter
Henvisninger fungerer veldig annerledes i kommunen sammenliknet med spesialisthelsetjenesten, og jeg er ganske ny i kommunen så ikke så lett å si hvordan det helst burde være. Men basert på egne erfaringer er det alltid nyttig å få presentert hva pasient/bruker ønsker eller trenger å jobbe med, og det hadde vært veldig bra hvis henviser vet litt om musikkterapi og har noen tanker om hvordan det kan være til hjelp.
Begrunnelsen og hvorfor pas ønsker Mt
Anbefaling fra hovedkontakt (miljøterapeut) og pasientens psykolog og påfølgende samtale med musikkterapeut og pasient for å kartlegge behov og mulig predikere utbytte av musikkterapi. Samt er utgangspunkt i ønske fra pasienten selv.
Det burde vært skrevet i epikrise fra tidligere sted hvis pasienten har hatt musikkterapi før. Og at primærkontakt f.eks. sender en skriftlig henvendelse.
Per nå er kapasiteten for liten til å kunne ta inn andre enn de som allerede er tatt inn til et generelt/medikamentfritt behandlingsopplegg ved DPS. Det er heller ikke godt kjent at det finnes musikkterapeut i helseforetaket. For øyeblikket er det mer tilgjengelig å søke seg til musikkterapi gjennom kulturskolen. Jeg har ved tilfeller henvist søkere til kulturskolen. Dersom rammene lå mer til rette, kunne jeg tenke meg å opprette et system for inntak til et rent musikkterapeuttilbud.
Det er ønskelig at klient i samråd med henviser beskriver hva man ønsker å oppnå med å gå i musikkterapi. Dvs. ikke bare bare parallellen til "trenger noen å snakke med" som er "trenger noen å spille/syng med/gjøre på". OM det skulle være uklart, og det er det ofte, vil behandler/primærkontakt bli invitert til oppstartssamtale med klient hvor man i det minste avklarer hva innbygger ønsker å oppnå med hjelpen han/hun allerede får, og dernest avklare om musikkterapien skal være støttebehandling/arbeidsmål på veien dit.
Henviser til psykisk helsearbeid, men spesifiserer at de ønsker musikkterapi. Vi tilbyr dette som metode, men kan ikke fatte vedtak om musikkterapi da dette ikke er stillingen. Skulle gjerne vært ansatt som musikkterapeut med det er ikke lovpålagt teneste, så enn så lenge finnes det ikke. Fungerer fint, da god kontakt med BUP gir gode samarbeidsforhold rundt pasienter/ungdommer som er innlagt i BUP, eller skrevet ut og følges opp i bydel.

Note: 33 responser

Holdningsundersøkelsen

Først gis antall besvarelser på påstandene, og median. Senere presenteres liggende prosentvis stablede stolpediagram over fordeling av responser på enkeltpåstander.

Tabell 34 – Besvarelser og median rundt påstander om skriftlige henvisninger

Besvarelser og median rundt påstander om skriftlige henvisninger

		Jeg er fornøyd med de skriftlige henvisningene jeg får	Jeg får mange henvisninger	Henvisninger er en viktig del av mitt arbeid	Hadde mine kollegaer visst mer om musikkterapi hadde henvisningene blitt bedre
N	Valid	26	26	26	26
	Missing	9	9	9	9
Median		4,00	3,50	3,00	4,00

Note: Påstandene ble bare stilt respondenter som hadde oppgitt at de mottok skriftlige henvisninger. Median kan være mellom en og fem, der median på én indikerer tendens til sterk uenighet med påstandene og median på fem indikerer sterk enighet med påstandene.

Tabell 35 – Antall besvarelser og tendens i besvarelser på påstander

Antall besvarelser og tendens i besvarelser på påstander

	N		Median
	Valid	Missing	
Det er viktig å ha informasjon om brukeren før første møte	35	0	4,00
Det er en sammenheng mellom hva kollegaer vet om musikkterapi og hvem de sender til meg	35	0	4,00
En altfor stor del av mitt arbeid dreier seg om å rekruttere brukere	35	0	2,00
Det bør være lav terskel for å tilby noen musikkterapi	35	0	5,00
Det er vanskelig å prioritere mellom brukere	35	0	4,00
Det bør være tydelige prioriteringskriterier for musikkterapi	35	0	3,00

Note: Median kan være mellom en og fem, som tidligere tabell.

Tabell 36 – Ønske om skriftlige henvisninger

<i>Jeg skulle ønske jeg fikk skriftlige henvisninger</i>		<i>n</i>	<i>Prosent</i>	<i>Valid Prosent</i>
Valid	Svært uenig	3	8,6	33,3
	Verken enig eller uenig	3	8,6	33,3
	Noe enig	3	8,6	33,3
	Total	9	25,7	100,0
Missing	System	26	74,3	
Total		35	100,0	

Note: Påstand bare stilt til dem som ikke fikk skriftlige henvisninger.

Tabell 37 – Påstand om skriftlig henvisninger hjelper med prioritering

<i>Skriftlige henvisninger hjelper meg å prioritere blant brukere på venteliste</i>		<i>n</i>	<i>Prosent</i>	<i>Valid Prosent</i>
Valid	Noe uenig	5	14,3	27,8
	Verken enig eller uenig	3	8,6	16,7
	Noe enig	9	25,7	50,0
	Svært enig	1	2,9	5,6
	Total	18	51,4	100,0
Missing	Ikke svart	8	22,9	
	System	9	25,7	
	Total	17	48,6	
Total		35	100,0	

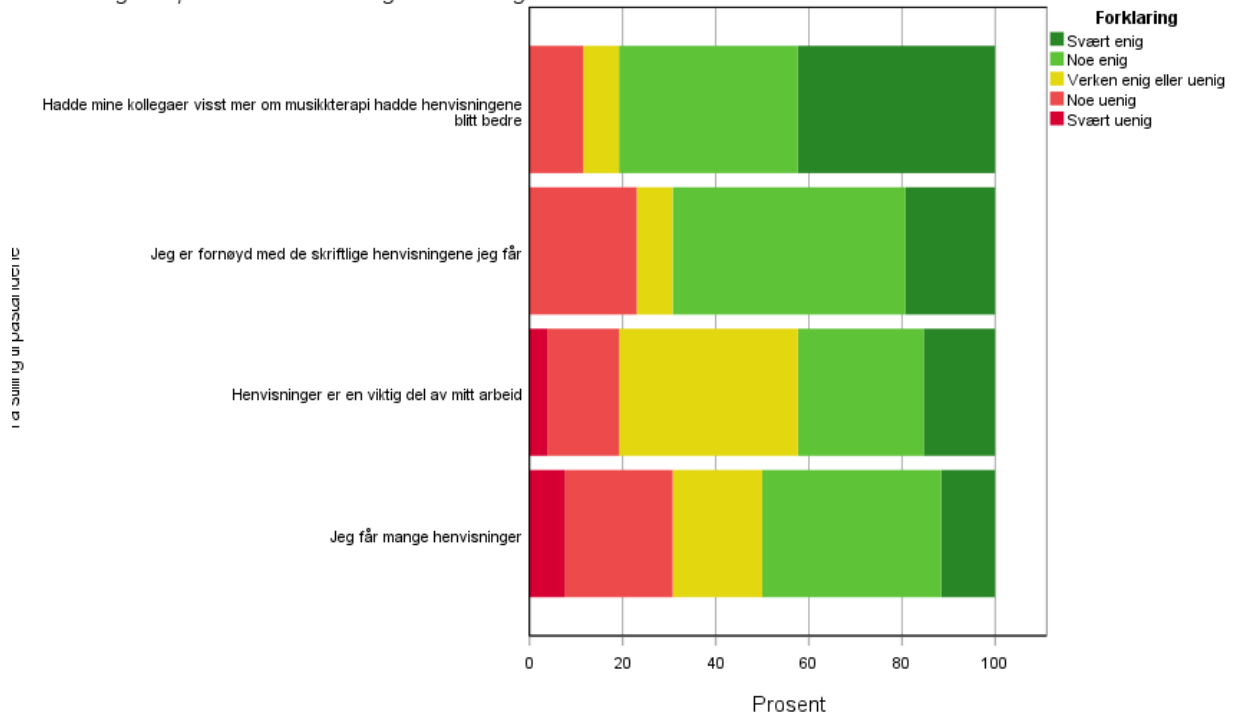
Note: påstand bare stilt til dem som har brukere på venteliste, og mottar henvisning. 8 svarte ikke på spørsmålet selv om det ble stilt.

Stablet prosentvis fordeling, holdningsundersøkelse

Diagrammer for liggende stablede prosentvisfordeling av responser på enkeltpåstander. Påstander ses til venstre, og prosentfordeling på ulike svaralternativer til høyre for dette. Svært uenig i mørk rød på venstre side, og svært enig i grønn på høyre side.

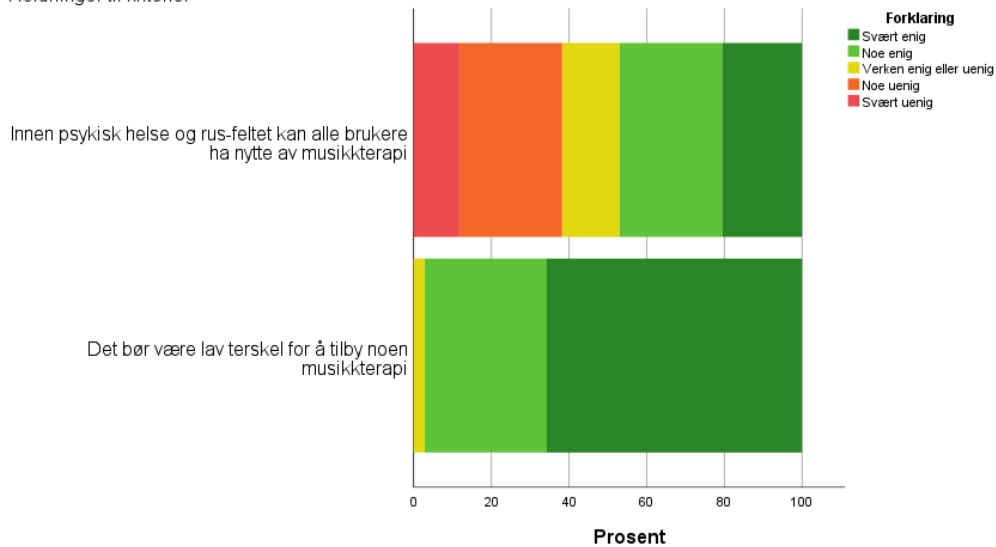
Figur 4 - Holdninger til skriftlige henvisninger

Holdninger til påstander om skriftlige henvisninger



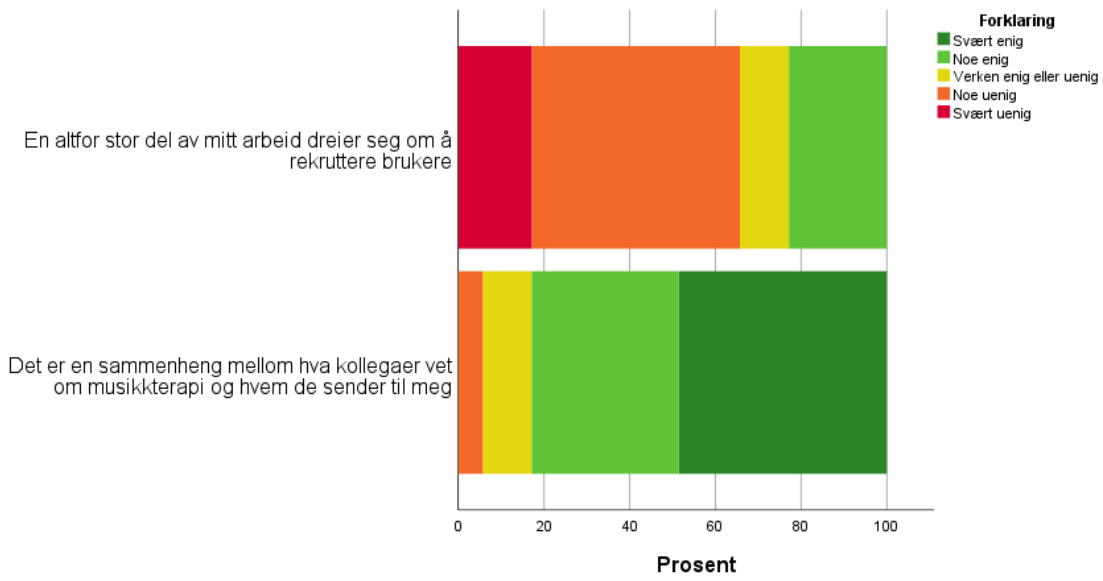
Figur 5 - Holdninger til kriterier

Holdninger til kriterier



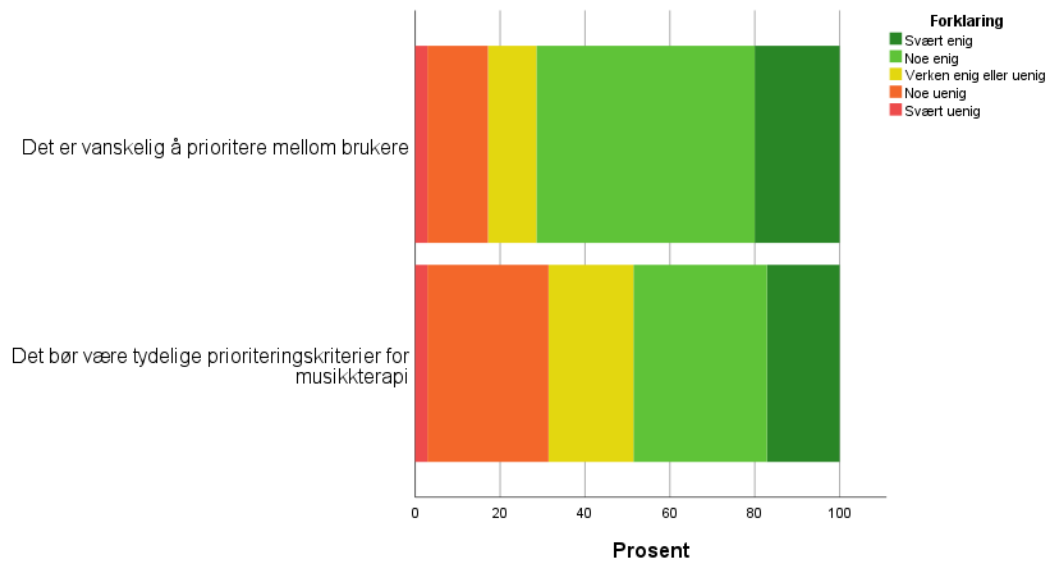
Figur 6 – Holdninger til tidsbruk og samarbeid

Holdninger om tidsbruk og samarbeid

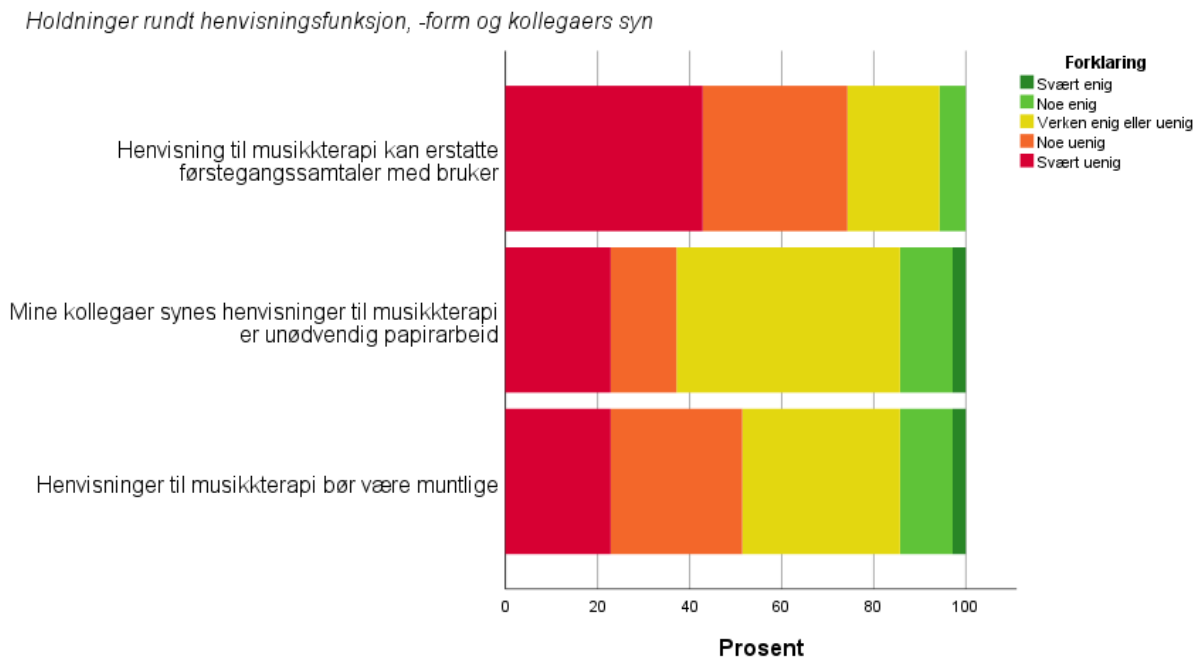


Figur 7 - Holdninger om prioritering

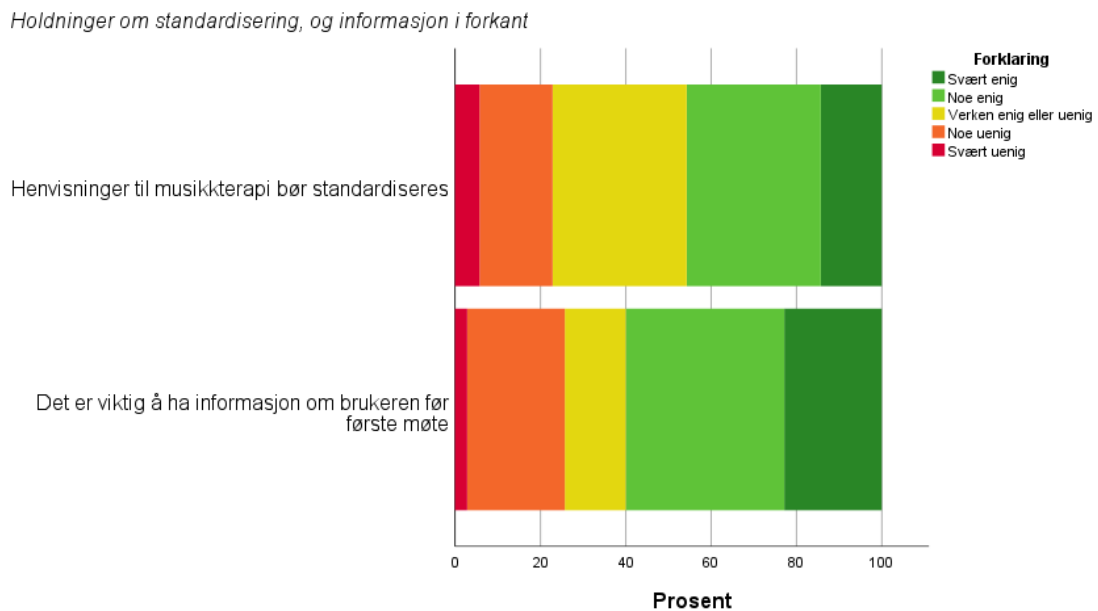
Holdninger om prioritering



Figur 8 – Holdninger rundt henvisningsfunksjon, -form og kollegaers syn



Figur 9 - Holdninger om standardisering, og informasjon i forkant



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

330321

Vurderingstype

Standard

Dato

02.11.2022

Prosjekttittel

Henvisning til musikkterapi innen psykisk helse og rusfelt, en mixed methods studie

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Hans Petter Paulen Solli

Student

Gaute Kjølner Andersen

Prosjektperiode

18.04.2022 - 18.12.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 18.12.2023.

[Meldeskjema](#) **Kommentar****OM VURDERINGEN**

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

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

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!