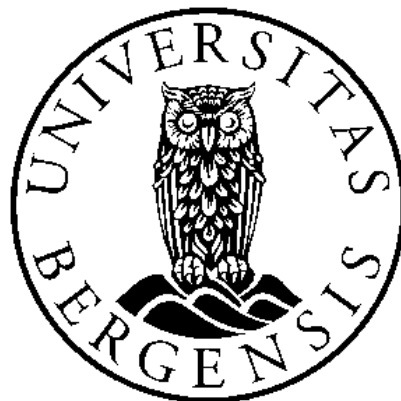


# **”Skal far/mor være med?”**

## **En kvalitativ studie av foreldreinkludering i musikkterapi med barn på sykehus**



**Gunn Marit Nymo**

**Masteroppgave i musikkterapi**

**Griegakademiet - Institutt for musikk**

**Universitetet i Bergen**

**2015**

## **Abstract**

### **“Is the father/mother going to take part?” A Qualitative study of parental inclusion in music therapy with children at hospitals**

The focus of this thesis is directed towards the question of whether or not to include parents when children in Norwegian hospitals receive music therapy. Through semi-structured interviews, experiences on parental inclusion and assessments which form the basis of the decision of parental inclusion are collected from three music therapists who work or have been working in hospitals. Theory on attachment, parental inclusion in music therapy and contextual perspectives regarding hospitals as the venue for music therapy are emphasized. The findings shows that parental inclusion can be, but not always are, a choice. When parental inclusion is a choice, this choice can be made by each of the participants in the music therapy, justified on the basis of legal framework. The balance between parents as the child's immediate versus the child's autonomy is discussed and illuminated by attachment theory. The findings also show that parental inclusion is often a positive resource for all the participants that take part, but can also be a challenge for one or several of the participants. In some occasions parental inclusion is not the preferable choice. These last findings are consistent with the models of parental inclusion in music therapy in general. The music therapists seems to take the decisions based on professional assessments.

## **Forord**

Jeg vil gjerne rette en stor takk til:

Mine informanter som delte av sin erfaring

Veileder Anna Helle-Valle

Akademisk skrivesenter ved Michael

Tone Luise, Maren og Kari som har lest igjennom oppgaven underveis og gitt konstruktive tilbakemeldinger

Mine praksisveiledere ved sykehus i Norge og Sør-Afrika

Medstudenter, venner, familie og andre som har hjulpet, støttet og heiet på meg – det har betydd mye!

**TUSEN TAKK!**

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Familiesentrering i musikkterapi i pediatri – en litteraturgjennomgang .....	8
1.3 Problemstilling .....	10
1.3.1 Kommentarer til problemstillingen .....	11
1.4 Disposisjon av oppgaven.....	12
2.0 Teoretiske og kontekstuelle perspektiver .....	13
2.1 Sykehus som arena for musikkterapi med barn .....	13
2.1.1 Rammeverk i pediatri .....	13
2.1.2 Å være barn, foreldre eller musikkterapeut på sykehus .....	15
2.2 Foreldreinkludering i musikkterapi .....	18
2.3 Tilknytning .....	20
2.3.1 Tilknytningsteori .....	20
2.3.2 Tilknytning i musikkterapi .....	22
3.0 Metode.....	24
3.1 Kvalitativ metode .....	24
3.1.1 En hermeneutisk tilnærming .....	25
3.1.2 En fenomenologisk tilnærming .....	25
3.2 Kvalitativt forskningsintervju .....	26
3.3 Informantutvalg .....	28
3.4 Gjennomføring av intervju .....	29
3.5 Transkribering .....	31
3.6 Analyse.....	32
3.7 Etiske refleksjoner.....	34
3.7.1 Informert samtykke .....	34
3.7.2 Konfidensialitet .....	35
3.7.3 Konsekvenser .....	35
3.7.4 Forskerens rolle .....	36
4.0 Analyse.....	37
4.1 Avgjørelsen om foreldreinkludering .....	37
4.1.1 Forutsetninger og begrunnelser .....	38
4.1.2 Aktørens valg.....	43
4.1.3 Situasjonstilpasning og avveining .....	45
4.2 Foreldreinkludering i praksis .....	47
4.2.1 Foreldreroller i musikkterapi.....	47

4.2.2 Foreldreinkluderingens funksjon for foreldre .....	50
4.2.3 Foreldreinkluderingens funksjon for barn.....	53
4.2.4 Foreldreinkluderingens funksjon for musikkterapeuter .....	55
5.0 Diskusjon.....	58
5.1 Foreldreinkludering – et valg? .....	59
5.2 Foreldrene som barnas nærmeste versus barns autonomi .....	63
5.3 Foreldreinkludering – en vinn-vinn-situasjon? .....	66
5.4 Implikasjoner for praksis og forskning .....	68
6.0 Avslutning .....	70
Litteraturliste .....	72
Vedlegg 1 - Intervjuguide .....	78
Vedlegg 2 - Kvittering på melding om behandling av personopplysninger .....	79
Vedlegg 3 - Informasjonsskriv og samtykkeerklæring .....	82

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

*"Hva tenker du - skal vi inkludere mor i musikkterapien?"*

*Vi befinner oss på et barnesykehus i Cape Town, Sør-Afrika, og spørsmålet kommer fra musikkterapeuten jeg følger. Vi skal ha musikkterapi med en gutt som er der, og denne dagen er moren til stede på sykehuset når vi skal ha timen. Musikkterapeuten gir uttrykk for et ønske om ikke å ta fra mor og sønn noe av den begrensede tiden de har sammen, samtidig som dette kanskje er en uvant situasjon for henne - eller kanskje vil hun få meg som student til å reflektere. Uansett hva som er grunnen kommer spørsmålet; "Skal vi inkludere mor?"*

*Fra meg kommer et raskt svar; "ja, selvfølgelig". Vi ender opp med å gjennomføre timen med mor som en flott ressurs - hun bidrar blant annet med å lære oss flere ord på deres morsmål som gutten forstår og som vi ikke kjenner til på forhånd.*

Episoden i denne vignetten er fra en praksisperiode på masterstudiet, og kan sies å være den utløsende faktoren for valget av tema i dette forskningsprosjektet, foreldreinkludering i musikkterapi med barn på sykehus. Spørsmålet musikkterapeuten stilte og min reaksjon på det startet en lengre refleksjon hos meg. Hva var det som gjorde at jeg reagerte med et så automatisk "Ja" og at jeg stusset litt over at spørsmålet i det hele tatt ble stilt?

Noe av årsaken tror jeg lå i praksisperioden jeg hadde bak meg ved barneavdelinger ved et sykehus i Norge. Her var ofte foreldre eller andre pårørende til stede, og det virket til å være en naturlig del for musikkterapeuten å inkludere disse i mange av tilfellene, ofte i den grad de selv ønsket. Det at utdanningen i musikkterapi har innlemmet fokus på foreldre-barn-tilknytning og hvordan musikkterapi kan være til hjelp her i undervisning og pensum (Hart & Schwartz, 2012, Edwards, 2011), kan også være en medvirkende årsak. Familiesentrert musikkterapi har fanget min interesse da jeg selv er opptatt av familieverdier og foreldre-barn-relasjonen. På bakgrunn av dette var det for meg naturlig å ønske å inkludere far/mor når mulighetene var der. Jeg så mange ressurser i det å inkludere foreldre i musikkterapien. Men jeg så også at det både i musikkterapi generelt og innen pediatri kan være gode grunner for å gjennomføre musikkterapi med barn uten foreldrene til stede selv om muligheten for foreldreinkludering er der. Det er også tilfeller hvor muligheten for foreldreinkludering ikke

er til stede. Refleksjonen ledet til et ønske om å finne mer ut av temaet foreldreinkludering i musikkterapi i pediatri. Når er foreldrene inkludert og når er de ikke inkludert? Hvordan blir avgjørelsen tatt? Hvordan foregår foreldreinkluderingen? Hva er begrunnelsene som praksisen bygger på?

Foreldreinkludering og familiesentrering har i de siste årene kommet mer i fokus i musikkterapi generelt. Flere ser nytten av å inkludere foreldre i musikkterapi med barn, og å bruke musikkterapi i ulike typer arbeid med familier. Siden midten av 50-årene har foreldre og andre pårørende vært en del av musikkterapeutisk praksis og forskning, men det er først rundt det siste tiåret at musikkterapi med hovedfokus på familier har blitt et eget musikkterapeutisk klientområde (Jacobsen, 2013). Innenfor det internasjonale musikkterapi miljøet har det økende fokuset vært synlig blant annet gjennom egne symposier under den nordiske (NMTC) og europeiske (EMTC) musikkterapikonferansen i 2012 og 2013, og en "roundtable" under verdenskonferansen (WCMT) i 2014. Det har i de siste årene også blitt opprettet et internasjonalt nettverk for musikkterapeuter som jobber med familier (Kern, 2014). Blant spesielt amerikanske, britiske og australske musikkterapeuter er familiesentrert praksis etablert, mens i mange andre land er det et begynnende men voksende felt (Kern, 2014, Oldfield, Tuomi, Gottfried & Griessmeier, 2014).

I Norge har det vært musikkterapeuter innen pediatri i 20 år, og norske musikkterapeuter har vært pionerer på dette feltet i Norden (Ærø & Aasgaard, 2011). For øyeblikket jobber syv musikkterapeuter innenfor pediatri i til sammen 5,4 årsverk fordelt på seks norske sykehus, i følge MiPe (Musikkterapeuter i Pediatri - Norge)<sup>1</sup>. Disse utfører musikkterapi ved en rekke avdelinger innen både somatikk og psykisk helsevern. Ved mange tilfeller inkluderer musikkterapeutene her foreldre på ulike måter i musikkterapien. Jeg har i dette forskningsprosjektet valgt å intervju tre musikkterapeuter som jobber eller har jobbet innen norsk pediatri og som der har erfaringer fra det å inkludere foreldre. Gjennom dette ønsker jeg å kombinere feltene musikkterapi i pediatri og familiesentrert musikkterapi, og se på hvordan foreldreinkludering arter seg innen musikkterapi i pediatri.

---

<sup>1</sup> Informasjonen ble mottatt april 2015 fra MiPe, et nettverk og fagforum for musikkterapeuter som jobber ved barneavdelinger ved norske sykehus. Ved denne oppgavens ferdigstilling i september 2015 var det en pågående ansettelsesprosess for ytterligere en musikkterapeut i 100 % engasjement i 1-3 år ved et av sykehusene.

## 1.2 Familiesentrering i musikkterapi i pediatri – en litteraturgjennomgang

I denne litteraturgjennomgangen ønsker jeg å presentere tidligere forskning og dokumentasjon innen musikkterapi i pediatri med fokus på familiesentrering. Dette vil danne en bakgrunn for problemstillingen som presenteres i delkapittel 1.3. Da musikkterapeuter i pediatri i Norge har sitt virke både innen somatikk og psykisk helsevern, har jeg valgt å inkludere tekster innenfor begge disse feltene.

Aasgaard, som er pioner innen norsk musikkterapi i pediatri, fokuserer både på musikkterapi med barna med foreldre til stede, musikkterapi med foreldre alene, og har alene og blant annet i samarbeid med Ærø utdypende perspektiver om foreldres situasjon som pårørende til barn som er innlagt (Aasgaard, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, Ærø & Aasgaard, 2011, O'Callaghan & Aasgaard, 2012). O'Callaghan og Aasgaard (2012) har i sitt bokkapittel angående musikkterapi og andre kunstterapiformer i arbeid med barn med kreft et avsnitt om familiefokus i musikkterapien. De viser her til hvordan musikkterapi kan bringe normalitet, kreativitet og glede til barn og foreldre i sykehushverdagen, være en støtte for foreldre-barn-dyaden og hjelpe foreldre til å støtte sine barn (O'Callaghan & Aasgaard, 2012). O'Callaghan og Jordan (2011) tar for seg når enten en forelder eller barnet er rammet av dødelig kreftsykdom, og ser her på hvordan musikkterapi kan støtte foreldre-barn-tilknytning gjennom å dempe stress, gjøre foreldrene mer tilgjengelig følelsesmessig for barnet og møte tilknytningsutfordringer.

Innenfor musikkterapi i pediatrik palliativ omsorg finner vi flere familiesentrerte undersøkelser. Duda (2013) omtaler i sin studie hvordan musikkterapi kan være en integrert del av pediatrik palliativ omsorg og her være til støtte for både barn og pårørende. Hun viser til hvordan musikkterapiintervensjoner, herunder spesielt sangskrivning, kan være til hjelp for tilknytning, til å skape langvarige minner, gi støtte gjennom behandling og i barnets siste livsfase og være til støtte for foreldre i etterkant av barnets død (Duda, 2013). Musikkterapien som et viktig minneskapende verktøy er også et av temaene som kom fram i Lindenfelser, Grocke og McFerran (2008) sin undersøkelse om etterlatte foreldres opplevelse av musikkterapi med sitt døende barn. Lindenfelser, Hense og McFerran (2012) undersøkte om foreldrene opplevde bedret livskvalitet for seg selv og andre familiemedlemmer gjennom familiesentrert, ressursorientert musikkterapi. Både foreldrenes tilbakemeldinger og måleskalaene viste at musikkterapi bidro til å opprettholde livskvaliteten, til tross for den



ellers tøffe livssituasjonen. Lindenfelser et al. (2008) og Lindenfelser et al. (2012) sine studier viste også at musikkterapi kunne endre barnet og familiens opplevelse av sin situasjon og legge til rette for kommunikasjon innad i familiene. Foreldrenes deltakelse i musikkterapien kunne gjøre de mer sårbare men gav også både de selv og barna positive opplevelser (Lindenfelser et al., 2008, 2012).

Ayson (2008) gjorde i sin masteroppgave en studie med utgangspunkt i korttids musikkterapi ved en barneavdeling på New Zealand. Gjennom intervjuer med en sykehusansatt og foreldre, kombinert med notater og journal, viser hun til hvordan musikkterapi kan støtte barn på sykehus og deres foreldre. Hun fremmer at både barns og foreldres psykososiale behov ble støttet på mange måter gjennom musikkterapien.

Inkludering av foreldre og fokus på foreldrenes behov og de behovene som foreldre-barn enheten har, er ofte komponenter når det gjelder musikkterapi på nyfødtintensivavdeling. Dahl (2012) viser til hvordan flere av informantene jobber familiesentrert i sin masteroppgave angående musikkterapeuter på nyfødtintensivavdelingens opplevelse av arbeidet og arbeidshverdagen sin, og informantene vektlegger at deres målgruppe både kan være barna og familiene deres. Musikkterapeuten kan ha en funksjon både overfor foreldre, barn og hele familien, og for foreldre kan musikkterapien blant annet gi pusterom og normalitet (Dahl, 2012). Loewy (2011) viser til hvordan erfaringer fra både før, under og etter fødsel påvirker barnet videre i livet både fysisk og psykisk, og musikkterapiintervensjoner kan her møte både medisinske og følelsesmessige behov. Arbeid med foreldre ses på som en av de viktigste musikk-psykoterapeutiske strategiene. Loewy (2011) uttrykker behov for å vurdere både barnets og foreldrenes situasjon, herunder foreldrenes stressnivå, stemmeomfang, tonalitet, og musikalske preferanser overfor barnet, og barnets hjerterytme og respirasjonsfrekvens, for å kunne støtte tilknytningsutvikling. Musikkterapeuter kan veilede foreldre på mange måter, blant annet i bruk av pustetoner til å assistere barnets pust, og inkluderer foreldre i utviklingen av vuggesanger kulturelt tilpasset familien, gjerne innspilt med foreldrenes stemme når de ikke kan være til stede med barna (Loewy, 2011). Shoemark (2011) og Wellman (2014) fokuserer også begge på hvordan spedbarnsrettet sang kan være til hjelp for tilknytning mellom barn og foreldre på nyfødtintensivavdeling. Shoemark (2011) refererer til undersøkelser som viser at mors og fars stemme har større interesse for barnet enn musikkterapeutens stemme. Musikkterapeuten kan støtte foreldre til å synge for spedbarna på nyfødtintensivavdelingen, og oppfordre til blick-kontakt og fysisk kontakt i denne settingen

(Wellman, 2014). Tilknytning kan være vanskelig for syke barn og deres foreldre, og Wellman (2014) viser også til ulike intervensjoner musikkterapeuten kan bruke overfor større barn og foreldre for å støtte tilknytning. Hun trekker her frem samspill mellom foreldre og barn ansikt til ansikt, veiledning av foreldre, tilpasning av intervensjoner til barnets funksjonsnivå, og å redusere angst og stress hos foreldre ved å skape et trygt og avslappende miljø i timene (Wellman, 2014).

Når det gjelder familiesentrering innen psykisk helsevern, går Oldfield (2006) i sin bok blant annet inn på musikkterapeutiske tilnærminger, diagnostiske vurderinger og musikkterapeutisk praksis med familier med korte og lengre forløp innen barne- og familiepsykiatri. Davies (2008) understreker verdien av å jobbe musikkterapeutisk med familier, og på den måten øke deres selvtillit og evne til samhandling, i sitt bokkapittel om musikkterapi med barn og familier på en psykiatrisk enhet. I norsk sammenheng har Torbergsen (2009) skrevet et bokkapittel fra sin musikkterapipraksis innen familierapi, hvor hun ved en familieenhet jobber med ulike typer samspillsproblemer. Hun viser her til hvordan musikken kan brukes som døråpner for å kunne ha videre dialog når samtalen har låst seg, og hvordan familier sammen kan uttrykke og jobbe med problemer gjennom sangskrivning. Kombinasjonen av musikkterapi og familierapi ses på som fordelaktig, da det er viktig å bruke andre uttrykksformer i tillegg til det verbale, spesielt når det er problematisk for barna å snakke om de vanskelige temaene (Torbergsen, 2009).

### **1.3 Problemstilling**

Familiesentrering er et relevant tema innen musikkterapi nå, og Norge kan sies å være et av landene hvor dette er et felt i vekst, både med tanke på praksis og forskning. Edwards (2011) som er redaktør for en av de første bøkene på feltet peker på et behov for mer forskning innen familiesentrert musikkterapi. Når det gjelder musikkterapi i pediatri finnes det mye faglitteratur, og en del av dette inkluderer fokus på foreldre eller familiesentrering. Ayson (2008) viser i sin artikkel til at det her trengs mer forskning på hvordan musikkterapi kan være en støtte for foreldre til barn som er innlagt på sykehus. Det kan også virke som det til nå har vært lite fokus på selve foreldreinkluderingen, herunder aspekter som når er foreldre inkludert og når er de ikke inkludert, hvordan inkludering foregår, hvilke begrunnelser ligger til grunn og hvilke ressurser er det i å ha foreldre inkludert. Så langt jeg kan se er det ikke gjennomført noen studie blant musikkterapeuter angående dette, noe som er medvirkende til

at dette er et aktuelt forskningstema. Ærø og Aasgaard (2011) viser til viktigheten av at musikkterapi blir synliggjort som forskningsdisiplin, og påpeker at det er et stort behov for mer forskning innenfor norsk musikkterapi i pediatri av både kvantitativ og kvalitativ art. Jeg ser det derfor som aktuelt å forske på dette i norsk sammenheng.

På bakgrunn av dette har jeg valgt å ha som problemstilling:

**Hvordan opplever musikkterapeuter som jobber med barn på norske sykehus foreldreinkludering, og hvilke faglige vurderinger danner grunnlaget for om de velger å inkludere eller ikke?**

### 1.3.1 Kommentarer til problemstillingen

Når det gjelder *barn*, tar jeg i denne oppgaven utgangspunkt i *FNs konvensjon om barnets rettigheter* (Barnekonvensjonen) (1989) hvor mennesker under 18 år regnes som barn<sup>2</sup>.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) henviser også til denne. Informantene i denne studien har jobbet med barn i hele aldersspekteret. Når de ble intervjuet ble begrepene barn og ungdom brukt om hverandre uten en klar definisjon på hvor aldersskillet gikk. Videre i oppgaven velger jeg i noen tilfeller å bruke begrepet barn om hele aldersgruppen, og vil bruke begge begrepene barn og ungdom i noen tilfeller der alder kan være relevant.

*Foreldreinkludering* i musikkterapien forstås og brukes de fleste ganger synonymt med at foreldrene er til stede i selve musikkterapitimen, men det kan også ha en videre betydning. Som jeg vil komme mer inn på under punkt 4.2.1 kan foreldre også være inkludert i forkant og/ eller etterkant gjennom informasjon og samtaler. Jeg har underveis i oppgaven valgt å bruke begrepet «direkte inkludert» i noen tilfeller for å understreke at betydningen da er til stede i timen. I intervjuene har nok informantene i stor grad tenkt begrepet inkludert som i betydningen til stede i timene og kanskje til en viss grad aktiv.

*Norske sykehus* er noe ulike med tanke på hvilke avdelinger som finnes og hvilke pasientgrupper som behandles i aldersgruppen 0-18 år. Informantene i denne studien deler av sine erfaringer fra et stort antall avdelinger innenfor både somatikk og psykisk helsevern . Jeg har her også valgt å inkludere noen få tilfeller når informantene refererer fra behandling som

---

<sup>2</sup> Barnekonvensjonen (1989) del 1, 1.artikkel: «I denne konvensjonen menes med barn ethvert menneske under 18 år, hvis ikke barnet blir myndig tidligere etter den lovgivning som gjelder for barnet.»

skjer utenfor sykehusets vegger men som har inngått i musikkterapeuten sine oppgaver som ansatt ved et sykehus. Underveis i oppgaven vil jeg også bruke betegnelsen *pediatri*, som kan sies å være læren om barns sykdommer, utvikling og vekst, og samtidig være betegnelsen på fagområdet som omfatter "forebyggende, helbredende og restituerende (habiliterende) omsorg" (Lie, 2009). Dette er fagområdet musikkterapeuter som jobber med barn på sykehus opererer innenfor.

#### **1.4 Disposisjon av oppgaven**

I innledningskapittelet har jeg presentert tema for oppgaven og litteratur rundt temaet, problemstillingen og kommentarer til denne. Videre i oppgaven tar jeg i kapittel 2 for meg aktuell teori knyttet til oppgavens problemstilling og datamateriale. Kapittel 3 vil gjøre rede for valg av metode og vitenskapsteoretisk tilnærming. Jeg vil her gå inn på forskningsmetoden kvalitativt forskningsintervju og vise hvordan forskningsprosessen med intervju og analyse ble gjennomført. I kapittel 4 presenteres analysen av intervjuene, hvor informantenes opplevelser og erfaringer blir lagt fram. Kapittel 5 inneholder diskusjonsdel hvor datamaterialet ses i lys av teorien. En avslutning kommer i kapittel 6.

## **2.0 Teoretiske og kontekstuelle perspektiver**

I dette kapitlet vil jeg presentere ulike teoretiske og kontekstuelle perspektiver som belyser temaet foreldreinkludering i musikkterapi med barn på sykehus. I litteraturgjennomgangen i begynnelsen av oppgaven hadde jeg spesifikt fokus på familiesentrering og inkludering av foreldre i musikkterapi på sykehus. I dette kapitlet vil jeg ha en noe bredere tilnærming der jeg først ser på sykehus som arena for musikkterapi med barn med henblikk på rettigheter og rammeverk. Deretter vil jeg se på hvordan barn og deres familier kan oppleve å være innlagt på sykehus og hvordan musikkterapeuten kan oppleve sykehuset som arbeidsplass. Jeg vil også se på modeller for inkludering av foreldre i musikkterapi generelt. Til slutt vil jeg gå inn på tilknytningsteori og tilknytning innen musikkterapi.

### **2.1 Sykehus som arena for musikkterapi med barn**

Jeg vil i dette underkapitlet først vise til rammeverk i form av lover og forskrifter som angår barn på sykehus og deres foreldre og som har påvirkning på musikkterapien. Her vil jeg først gå inn på barns rett til samvær med foreldre og foreldres rett til permisjon og omsorgs-/pleiepenger som sammen gir grunnlaget for foreldrenes mulighet for tilstedeværelse på sykehuset og dermed i musikkterapi her. Jeg vil videre vise til rettigheter rundt behandling, medvirkning og informasjon. Jeg vil deretter se på flere aspekter rundt det å være barn, foreldre eller musikkterapeut på sykehus.

#### **2.1.1 Rammeverk i pediatri**

I Norge har syke barn og deres foreldre mange rettigheter. Barn har i utgangspunktet rett til å ha foreldrene til stede på sykehuset sammen med seg, og foreldrene har rett til permisjon fra jobb for å være der. *Pasient- og brukerrettighetsloven* § 6-2 (1999) uttrykker at "Barn har rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholdet i helseinstitusjon, med mindre dette er utilrådelig av hensyn til barnet, eller samværsretten er bortfalt etter reglene i barneloven eller barnevernloven". *Arbeidsmiljøloven* § 12-9 (2005) sier at "arbeidstaker som har omsorg for barn har rett til permisjon dersom barnet blir innlagt i helseinstitusjon og arbeidstaker oppholder seg ved helseinstitusjonen". Dette gjelder ut det kalenderåret barnet blir 12 år, og ved kronisk/ langvarig sykdom, svært alvorlig/ livstruende sykdom eller skade eller nedsatt funksjonsevne ut det kalenderåret barnet blir 18 år (Arbeidsmiljøloven, 2005).

Når det gjelder de økonomiske rammene som gir foreldre mulighet til å være til stede på sykehus med sine syke barn, finner vi i *folketrygdloven* § 9-5, 9-10 og 9-11 (1997) at arbeidstakere/medlemmer i folketrygden med omsorg for barn under 12 år som er innlagt i helseinstitusjon har rett på omsorgspenger/pleiepenger. Ved kronisk sykdom eller funksjonshemming gjelder det til barnet er 18 år, og ved svært alvorlig eller livstruende sykdom/skade er hovedregel at det gjelder til barnet er 18 år så lenge foreldrene for barnets hensyn må være til stede ved helseinstitusjonen. Ved det siste tilfellet kan begge foreldre ved behov få pleiepenger samtidig (*Folketrygdloven*, 1997).

*Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (2000) som utfyller pasient- og brukerrettighetsloven, sier også i § 6 at barn har rett til at minst en av foreldrene er til stede under sykehusoppholdet, og slår fast i merknad til paragrafen at hvis det er ønsket av barnet selv eller foreldrene bør det være mulig at begge foreldrene er til stede. Den utdyper videre i § 6 at "foreldre skal ha mulighet til å være til stede under behandlingen hvis barnet ønsker det og det ikke vanskeliggjør behandlingen". Hvilke oppgaver foreldre vil og kan gjøre mens de er hos sitt barn, er det personalets plikt å ha avklart med foreldrene. Her utdypes det i merknader at foreldre gjerne kan ha de samme oppgavene som hjemme, men hvis foreldrene ønsker avlastning må deres oppgaver gjøres av personalet. Foreldre skal også mens barnet er på sykehuset være tilbudt kontakt med "sosionom, psykolog og/eller annet støttepersonell". I § 7 står det at både andre besøkende og foreldrene skal følge det personalet anviser og de rutinene som er på avdelingen, men at personalet også skal legge opp rutinene ut fra at barna har behov for besøk (*Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*, 2000).

Angående pasientens medvirkningsrett ved helse- og omsorgstjenester, står det også i *pasient- og brukerrettighetsloven* § 3-1 (1999) at utforming av tjenestetilbudet i den grad det er mulig skal skje i samarbeid med pasienten. Når det her er aktuelt ut fra sakens art og i henhold til barnets utvikling og modning skal barn under 18 år tas med på råd (*Pasient- og brukerrettighetsloven*, 1999).

Når det gjelder informasjon angående helsetilstanden og helsehjelpens innhold til mindreårige pasienter og pårørende, sier *pasient- og brukerrettighetsloven* § 3 (1999) litt om dette. I § 3-4 sies det at både pasienten og foreldre skal bli informert ved barn under 16 år. Barn mellom 12 og 16 kan ønske at foreldre ikke skal ha opplysninger, og dette etterfølges hvis det er "av

grunner som bør respekteres" (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-4). Er det informasjon som foreldrene trenger for å oppfylle sitt ansvar som foreldre, skal de få denne for alle barn under 18 år. § 5-1 viser til at disse reglene også gjelder for innsyn i journal (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

### **2.1.2 Å være barn, foreldre eller musikkterapeut på sykehus**

Det å være pasient ved norske sykehus er annerledes for barn nå enn tidligere, da økonomiske og politiske føringer har gitt mange endringer i sykehussettingen (Ærø & Aasgaard, 2011). Tiden barna oppholder seg på sykehus er kortere, og siden fagmiljøene er mer spesialiserte flyttes gjerne barna mellom avdelinger i løpet av oppholdet. De som nå ligger lenge inne på sykehus er alvorlig syke, og flere overlever eller får lengre levetid enn tidligere. Mange med alvorlig sykdom kan være innom ofte og da ha kortere opphold på sykehus. En positiv virkning av denne effektiviseringen for barn som pasienter er at de er raskere hjemme igjen i kjente omgivelser. En negativ virkning er at det kan være krevende for både barna og deres foreldre å ha kontakt med mange nye folk og avdelinger, noe som muligens gjør det vanskeligere for unge å falle til ro i sykehusmiljøet. Det gjøres samtidig mer nå for å legge til rette for barna som er pasienter, blant annet med tanke på å veilede og informere dem og gi dem trygghet (Ærø & Aasgaard, 2011).

Det å være innlagt på sykehus kan for barna medføre smerte og ubehag, og påvirke både psykisk velbehag og fysisk og kognitiv utvikling (Longhi & Pickett, 2008, Loewy, 2011, Shoemark, 2011). Mange av barna har alvorlige somatiske sykdommer, og både brukerne, behandlingen, lidelsene og arenaen for musikkterapi her kan være veldig annerledes enn på andre felt innen musikkterapien (Ærø & Aasgaard, 2011). Her er det barn som tidligere fungerte helt normalt som nå plutselig kan være avhengige av mye pleie og behandling, og både behandlingen og sykdommen kan være smertefull, ubehagelig og medføre dysfunksjoner. Barna har fått mye mindre områder de kan bevege seg på og utfolde seg i, og noen er isolert til en seng eller et lite rom over flere uker, noe som kan føre til psykososiale utfordringer. Barna kan også få endret kroppsbilde, og de kan bli preget av kjedsomhet, bekymring eller engstelse. Stress kan også være en utfordring for barn innlagt på sykehus, og barn med kreftdiagnose kan ha høyere risiko for å få noen av symptomene på posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) (Ærø & Aasgaard, 2011). Hos barn mellom 6 måneder og 4 år med langvarige sykehusopphold virker det som stress er mer signifikant, og blant disse er det

underveis og i etterkant av sykehusopphold observert utvikling av atferdsvansker og følelsesmessige utfordringer (Longhi & Pickett, 2008). Dette kan settes i sammenheng med at så små barn har vanskeligere for å forstå sykdommen, og behandlingen oppleves kanskje som verre enn selve sykdommen (Longhi & Pickett, 2008). Barn på nyfødtintensivavdeling kan få forstyrret utvikling og vekst, spesielt hvis de er adskilt fra naturlig foreldretilknytning på grunn av operasjoner og annen medisinsk pleie (Loewy, 2011, Shoemark, 2011).

Barna en møter i musikkterapi i pediatri er ikke bare pasient eller "sykt barn", men i sykehussettingen utelukkes de fra mye av det vanlige grunnlaget de har for egenidentifisering (Ærø & Aasgaard, 2011). Dette kan ses i sammenheng med deler av innholdet i begrepet «identity-trimming» som Erving Goffman bruker (Goffman, 1961, ref. i Ærø & Aasgaard, 2011). I barns vedvarende utvikling av identitet kan rollen som pasient få for stor innflytelse. Her kan rollelek og andre aktiviteter i musikkterapien gi barn mulighet til å være i andre roller og få nye erfaringer med andre og seg selv, noe som også kan minne foreldre og andre rundt på barnets friske sider, de ressursene barnet har og hva det mestrer (Ærø & Aasgaard, 2011). Barna som har blitt redusert til hovedsakelig å være mottaker av pleie, kan gå ut av denne rollen (Aasgaard, 2004). Dette kan vitalisere barnet fysisk og psykisk, og foreldrene kan gjennom å delta i dette også oppleve en revitalisering ved å få frem andre fokus og egenskaper hos seg selv ved siden av det å være omsorgsgiver som gjerne tar mye av fokuset (Ærø & Aasgaard, 2011). En annen ting som også kan hjelpe barna til å føle at de har mer kontroll og ved det være med på å legge til rette for deres evne til å opprettholde sin identitet, er det å la barna få ta avgjørelser (O'Callaghan & Aasgaard, 2012).

Å være foreldre til barn på sykehus kan være krevende på mange måter, selv om barneavdelingene ved universitetssykehus i Norge tilrettelegger for at foreldre skal kunne være i barnets nærhet døgnet rundt under hele oppholdet på sykehuset, og tilrettelegger mer enn tidligere for foreldrenes behov (Aasgaard, 2006, Ærø & Aasgaard, 2011). En av foreldrene er som oftest alltid med barnet, og dette kan være en krevende tilværelse for foreldrene samtidig som det kan gi trygghet og en type normalitet for barnet (Aasgaard, 2006). Foreldrene skal følge opp barnets behandling samtidig som det kan virke som de er ansvarlige for å holde oppe et godt psykososialt klima på barnets sykerom (Aasgaard, 2006). Den livstruende sykdommen hos barnet og mulig livstruende og langvarig behandling, sykehusinnleggelse og isolasjon, er en alvorlig psykososial belastning også for foreldrene (Aasgaard, 2008). Prosedyrer som gir ubehag, angst eller traumer for barnet som er pasient



kan også være belastende for foreldre som er til stede, og foreldre kan kjenne seg maktesløse (Ærø & Aasgaard, 2011, Aasgaard, 2006, Shoemark, 2011). Familier med alvorlig sykt barn kan være preget av slitenhet og redsel og ha økonomiske, praktiske og relasjonelle utfordringer (Ærø & Aasgaard, 2011). Foreldre til barn på nyfødtintensivavdeling kan oppleve stress, bekymring, frykt, skam og skyldfølelse, og har risiko for å utvikle depresjon (Loewy, 2011).

Som musikkterapeut ved norske sykehus kan en ha mange roller. Mens det i musikkterapi i pediatri i mange andre land bare gjennomføres individuelle timer, jobber musikkterapeuter på sykehus i Norge både med individuelle barn, med grupper og med sykehusmiljøet (Ærø & Aasgaard, 2011). Musikkterapeuter kan noen ganger samtidig være terapeut, sosialarbeider, underholder og kunstner (Ærø & Aasgaard, 2011). Musikkterapeuter ved barneavdelinger har frihet i utarbeidelsen av den profesjonelle rollen, men de forholder seg til rammevilkårene ved barneavdelingene (Mangersnes, 2012). For en musikkterapeut i pediatri er det å kunne improvisere ut fra det planlagte en viktig egenskap (Ærø & Aasgaard, 2011). Dagsformen til pasientene kan variere, og barna kan plutselig være forflyttet eller utskrevet. Arbeidsoppgaver kan variere mye, en tar ulike roller, og har tverrfaglig samarbeid med ulike aktører i et komplekst miljø. Musikkterapeuter som jobber på sykehus blir også stadig utfordret på det musikalske planet, med tanke på ferdigheter, genre, musikalsk improvisering med mer (Ærø & Aasgaard, 2011).

Musikkterapeutiske intervensjoner kan ha mange funksjoner i pediatri. Ærø og Aasgaard (2011) viser til at både aktive og reseptive musiske intervensjoner kan ha innvirkning på fysiologiske parametere eller symptomer, for eksempel ved å fremme respirasjon, ved reduksjon av utmattelse, angst og smerte. Randomiserte, kontrollerte studier og annen forskning dokumenterer at musikkterapi kan gi effekter i forbindelse med prosedyrer. Her kan musikkterapiintervensjoner blant annet gjøre disse mindre traumatiske, gjennom avledning fra det ubehagelige og tilkobling til noe som er mer lystbetont. Musikkterapi kan ha en funksjon i arbeid med ulike målsettinger innenfor det psykososiale området, blant annet gjennom utforskning og indirekte bearbeidelse av roller og på det emosjonelle og relasjonelle plan. Musiske intervensjoner kan også bidra til å fremme livskvalitet og gi barna meningsfulle opplevelser. Musikkterapi kan hjelpe barn til å bearbeide vonde erfaringer, fremme kommunikasjon og samhandling, gi barn mestringsopplevelse og fremme de ressursene barn, foreldre og andre deltagere har. Ved grupper og aktiviteter i fellesrom kan musikkterapien gi

mer trygghet, samhold og glede i miljøet. Samhandling gjennom musisering kan være helsebringende og bringe normalkultur inn i sykehushverdagen (Ærø & Aasgaard, 2011).

## **2.2 Foreldreinkludering i musikkterapi**

Innen musikkterapi er fokus på foreldreinkludering forholdsvis nytt. Horvat og O'Neill (2008) viser til at på slutten av 90-tallet ble det å jobbe med foreldre ikke tematisert som en del av pensum for musikkterapiutdanningene de fulgte, hverken i teori eller praksis. Innenfor noen felt har riktignok familiesentrerte idealer vært innlemmet lenge, som i arbeid med små barn innenfor autismespekteret (Thompson, 2014). I de senere årene har det kommet mye fagstoff på mange felter innenfor familiesentrert musikkterapi, blant annet innen skole og spesialpedagogikk (Bull, 2008), arbeid med foster- og adoptivfamilier (Salkeld, 2008, Drake, 2011), arbeid med barn med autisme (Oldfield, 2011, Bull, 2008, Thompson, 2014) og, som vi har sett i kapittel 1.2, innen barne- og familiepsykiatri (Torbergesen, 2009, Davies, 2008, Oldfield, 2006) og på sykehus og i hjemmebasert behandling av syke (Lindenfelser, Hense & McFerran, 2012, Shoemark, 2011, Loewy, 2011, med flere).

Sobey (2008), som skriver ut fra en britisk setting, uttrykker at medvirkende årsak til oppblomstringen av familiesentrert musikkterapi her kan være den allerede naturlige vektleggingen i musikkterapifeltet på musikken som terapeutisk faktor ved å være kommunikativ og relasjonsfremmende. Dette ses i kombinasjon med tankegangen om at mennesket er født sosialt og er avhengig av relasjoner med andre for å blomstre og trives, fremfor at mennesket er født som isolert individ. Sobey viser her til Winnicotts utsagn "there is no such thing as a baby...if you show me a baby you certainly show me also someone caring for the baby" (Winnicott, ref. i Sobey, 2008, s. 11).

Innen familiesentrert musikkterapi kan det være barnas, foreldrenes eller familien som helhet sin situasjon som genererer behovet for musikkterapi. I denne oppgaven er temaet foreldreinkludering i musikkterapi med barn på sykehus. Her er det barna som er pasientene, noe vi i analysekapittelet vil se at informantene vektlegger. Det er da barna som i hovedsak genererer musikkterapien, og jeg vil her fokusere på foreldreinkludering i musikkterapi der dette er tilfellet.

Flere musikkterapeuter ser foreldreinkludering som en nødvendighet når en jobber med barn. Hvis en har musikkterapi med barn kan en ikke unngå å jobbe med barnas foreldre også, hevder Horvat og O'Neill (2008). Et sterkt samarbeid med foreldrene kan være viktig for den terapeutiske prosessen uavhengig om kontakten er skriftlig eller gjennom samtale på telefon eller ved å møtes, og det kan være gode grunner for å aktivt inkludere foreldrene i timene også. Blant annet kan det nære forholdet mellom barnet og pårørende som er med i musikkterapien fungere som et terapeutisk verktøy og være en ny dimensjon til arbeidet (Horvat & O'Neill, 2008). Salkeld (2008) refererer til Shepperd som understreker at det også er behov for å ta tak i individuelle problemer, men at familietilnærming er sentralt for å hente frem de ressursene familien har for å kunne hjelpe barnet. Salkeld viser til musikkterapi med adoptivbarn og foreldre, og ser her at musikkterapi med barnet uten foreldre kunne distansert foreldrene mer fra barnet (Salkeld, 2008). Når det gjelder det å jobbe med syke barn, uttrykker Aasgaard (2004) at det betyr at en også jobber med konteksten, deriblant barnets foreldre. Ved foreldreinkludering er det viktig å kunne gi plass og støtte til begge i dyaden, både barnet og forelderens (Bull, 2008).

Oldfield (2006, 2008, 2011) har forsket på og dokumentert mye fra familiesentrert musikkterapi. Hun har hatt foreldre aktivt involvert i musikkterapisesjoner med barn siden rundt år 2000, og hadde før det en opplevelse av samarbeid med foreldrene ved å bevisst involvere foreldrene ved samtale i etterkant (Oldfield 2008, 2011). Nå når arbeid med barn og foreldre sammen har blitt rutine, bemerker Oldfield (2008) at hun i dette arbeidet både har et automatisk fokus på foreldrenes behov i tillegg til barnas behov, og at hun har et savn etter en samarbeidspartner når foreldrene ikke er til stede.

Det er ikke én modell som passer i alle tilfeller når det gjelder foreldreinkludering (Sobey, 2008, Bull, 2008). Noen ganger er det en fordel med direkte foreldreinkludering og noen ganger ikke (Bull, 2008). For noen av barna kan det være det beste med en-til-en timer uten foreldre inkludert, mens for andre kan det å jobbe med foreldrene til stede være viktigst (Bull, 2008). Noen ganger starter musikkterapeuten forløpet med barnet alene og inkluderer foreldre og kanskje flere i familien i timen etter hvert (Sobey, 2008). Andre ganger kan det starte med barn og foreldre sammen ut fra barnets behov for å ha familiemedlemmer der i startfasen, hvor en så etter hvert ser at det er tjenlig for barnet å være i en-til-en relasjon med musikkterapeuten. Sobey (2008) viser til at det er anerkjent at det ikke alltid er den beste

løsningen å inkludere foreldre i alle sammenhenger, selv for de musikkterapeutene som er mest entusiastiske rundt foreldreinkludering eller musikkterapeutisk arbeid med familier.

## 2.3 Tilknytning

I dette underkapitlet vil jeg først presentere tilknytningsteori i lys av Winnicott og Bowlby, for så å gå inn på tilknytning i musikkterapi.

### 2.3.1 Tilknytningsteori

Da Winnicott og Bowlby begynte sitt virke, ble foreldre til barn som var på institusjon eller innlagt på sykehus bedt om å besøke de minst mulig, begrunnet med infeksjonsfare og utfordringer med tilpasning (Hart & Schwartz, 2012). Den vanlige oppfatningen på denne tiden var at barna trengte god hygiene, god oppførsel og å bli pleiet fysisk for å få god utvikling, og at det ikke betydde mye hvem som tok seg av dette. Den følelsesmessige tilknytningen var her tilsidesatt. Winnicott gikk imot denne allmenne oppfatningen. Han mente at barnet og moren er avhengig av hverandre, og innførte en utviklingsforståelse som tok utgangspunkt i mor-barn-enheten. Han fokuserte på *det potensielle rommet* og den tilegnelsen av forståelse som skjer der. Det potensielle rommet kan defineres som det rommet som er mellom det indre og det ytre i foreldre-barn-interaksjonen. Stabile og speilende omgivelser som er til å stole på er en forutsetning for dette potensielle rommet og videre for barnets utvikling (Hart & Schwartz, 2012).

Mens Winnicott kan sies å ha foregrepet deler av tilknytningsteorien, kan Bowlby sies å være den egentlige grunnleggeren av den (Hart & Schwartz, 2012). Som medisinsk utdannet med spesialisering som barnepsykiater og psykoanalytiker, utarbeidet han tilknytningsteorien i tråd med Freuds temaer, som for eksempel følsomme barndomsperioder, separasjonsangst og kjærlighetsrelasjoner. Samtidig fjernet han seg fra det psykoanalytiske synspunktet om utvikling som driftsregulert, ved å fokusere på at utvikling baserer seg på følelsesmessig tilknytning. To engasjement hadde særlig påvirkning på hans utvikling av teori. Det første var som lærer for barn og ungdom som hadde utfordringer med tilknytning, det andre hans arbeid ved Child Guidance Clinic. Han var senere barneavdelingens leder ved Tavistock-klinikken i London fra 1946-1968. Mens han var leder ble navnet endret til Avdelingen for barn og familier, og det ble etter hvert forsket på mor-barn-relasjonen i tilknytning til denne avdelingen. I *Maternal Care and Mental Health* som Bowlby utformet i 1951 for WHO, presenterte han den tidligere forskningen som allerede viste påvirkningen mors sviktende

omsorg i tidlige barneår kunne ha på barnets utvikling av personlighet. Han ønsket videre å utvikle en teori som kunne innlemme denne empirien, og en viktig brikke i teoriutformingen var Ainsworth og hennes forskning på mor-barn-samspill (Hart & Schwartz, 2012).

Tilknytningsteorien som Bowlby utviklet skildrer den prosessen som fører til at barnet knytter livsnødvendige bånd til en omsorgsperson, og hvordan denne tilknytningen leder til at barnet danner indre arbeidsmodeller (Hart & Schwartz, 2012). Med utgangspunkt i disse arbeidsmodellene blir barnets personlighet dannet. Disse blir også grunnlaget for barnets videre samspill med omgivelsene (Hart & Schwartz, 2012).

Ifølge Bowlby er tilknytning et atferdssystem som barnet er født med (Hart & Schwartz, 2012). Et barn forstås som grunnleggende sosialt og med anlegg for kommunikasjon og relasjon med andre. Barnet er biologisk tilbøyelig til å binde seg nært følelsesmessig til bestemte personer som kan trøste, roe og verne barnet. Begrepet *atferdssystem* skildrer i denne sammenhengen hvordan personen "holder forbindelsen til sin tilknytningsfigur innenfor visse avstands- og tilgjengelighetsgrenser" (Hart & Schwartz, 2012, s.66). Et urolig eller trøtt barn vil oppsøke omsorgspersonen, mens det kan undersøke omgivelsene når det kjenner seg trygg. Barnet øker eller minsker avstanden det har til tilknytningspersonen. Tilknytningspersonen vil så sende signaler gjennom atferden sin, og dette vil igjen regulere barnets atferd. Målet med tilknytningssystemet er beskyttelse, gjennom at tilknytningspersonen er tilgjengelig for barnet. Bowlby snakker om flere atferdssystem, men tilknytningssystemet er det eneste som ses på som medfødt. Blant de som kommer underveis i livet er omsorgssystemet som omhandler foreldres bånd til barn, utforskningsatferd, engstelse/frykt og sosial atferd. Atferdssystemer kan aktiveres når omgivelsene gir adekvate responser på et barns behov og signaler, eller når barnet modnes (Hart & Schwartz, 2012).

Den tidlige foreldre-barn-interaksjonen, med babyens gråt, smil, blikk-kontakt og imitasjon og forelderens respons på dette, defineres av Bowlby som tidlige dialoger (Hart & Schwartz, 2012). Disse utvikles raskt fordi barnets tilknytningssystem og forelderens omsorgssystem gjør de i stand til å interagere. Forelderens omsorgssystem er mer sammenhengende og modent og kan stabilisere barnets tilknytningssystem som er mindre integrert (Hart & Schwartz, 2012).

Bowlby gikk bort fra Winnicotts modell hvor utviklingen går fra avhengighet til uavhengighet, og bruker størrelsene tillit og selvtillit istedenfor avhengighetsbegrepene (Hart & Schwartz, 2012). En som har trygg tilknytning er mindre hjelpeløs, utvikler høyere selvtillit og har større kapasitet til å opprette gode nok relasjoner med andre personer. Utfra dette som utgjør en trygg base kan verden utforskes, og basen er trygg å vende tilbake til ved for eksempel tretthet eller uro. En som har trygg tilknytning har tro på at tilknytningspersonene kan hjelpe ved behov. En som ønsket å beroliges eller trøstes av tilknytningspersoner var ut fra dette ikke avhengig eller regrederende, men i sunn utvikling. Tilknytningsmekanismene gjelder gjennom hele livet. Alle mennesker uavhengig av alder har behov for en sikker base for å kunne bruke evnene sine godt og være tilpasset (Hart & Schwartz, 2012).

### **2.3.2 Tilknytning i musikkterapi**

Foreldre-barn-tilknytning er et av de sentrale områdene innen familiesentrert musikkterapi, og jeg vil her vise til noen eksempler hvor det fokuseres på tilknytning i musikkterapi og på musikkterapeutiske intervensjoner som kan støtte foreldre-barn-tilknytningen. Musikkterapi kan bidra til å gi stabilitet ved å tilby naturlige insentiver for å oppnå og å sikre sunn tilknytning, noe som igjen kan gi et grunnlag for å utvikle tillitsfulle relasjoner (Loewy, 2011). O’Gorman (ref. i Shoemark, 2011) refererer til tilknytningsteori i sammenheng med foreldres sensitivitet overfor spedbarns signaler, og viser til hvor viktig det er at musikkterapeuter kan støtte både denne sensitiviteten og mengden og kvaliteten av foreldres interaksjon med barnet.

Bull (2008) fokuserer spesielt på tilknytningsprosessen mellom barn og omsorgsgiver, og viser her til hvordan familiesentrert musikkterapi kan være en støtte for foreldrene og videre for foreldre-barn relasjonen. Et eksempel på dette er fra en gruppe i skolesetting for 6-åringer med autisme og deres foreldre, hvor hun viser hvordan det å delta i musikkterapigruppen er til støtte for en mor. Gjennom deltakelsen i gruppen og spesielt i samtalen i etterkant blir moren mer åpen om og får uttrykt sine følelser og utfordringer. Hun kommer mer i kontakt med musikken hun spiller, får mer interaksjon med sønnen gjennom musiseringen, og de utforsker nye måter å forholde seg til hverandre på (Bull, 2008).

Thompson (2014) viser til at sterke foreldre-barn relasjoner er viktig for å fremme kommunikasjon og sosialt interaksjon hos barn med kommunikasjonsutfordringer, og peker

på at musikkterapi kan ha en effekt her. En randomisert kontrollert studie viste at barna som deltok i familiesentrert musikkterapi hadde signifikant forbedring når det gjaldt kvaliteten på den sosiale interaksjonen både hjemme og i nærmiljøet, og foreldre-barn relasjoner ble styrket. Foreldrene loggførte også bruk av musikk med barnet mellom timene, og en oppfølging viste at foreldrene fortsatt brukte mye sang og musikklytting med barnet, mens improvisering på instrumenter var sunket fra litt bruk til nesten ikke tilstedeværende lenger. Improvisering kan ha stor funksjon i det å fremme interaksjon og kommunikasjon, og Thompson viser her til også musikkterapeuters ansvar for å utruste foreldrene til å fremme sine barns utvikling (Thompson, 2014).

Det å oppnå tilknytningsferdigheter kan være vanskeligere for barn som er syke, blant annet på grunn av den hyppige medisinske behandlingen og angst for fremtiden (Wellman, 2014). Spørsmålene om hvor mye barna forstår, hva de kan få til og hvordan fremtiden blir, kan være overveldende for foreldre, og mulig skyldfølelse kan også påvirke utviklingen av tilknytning. Som nevnt i 1.2 viser Wellman (2014) her til ulike tilnæringsmåter og intervensjoner i musikkterapi som kan være til hjelp for tilknytning for syke barn. Musikkterapeuten kan støtte foreldre til å synge for spedbarna på nyfødtintensivavdelingen, eventuelt ved å akkompagnere til, og oppfordre til blikk-kontakt og fysisk kontakt i denne settingen. Tilknytning og aksept kan også fremmes gjennom intervensjoner hvor barn og foreldre ser på hverandre mens de deler det musikalske, for eksempel gjennom sanger hvor barnet sitter på fanget, fingerleker eller gjemmeleker med skjerf. Det kan være utfordrende for foreldre til syke barn å forstå hvordan barnet samhandler eller oppsøker foreldrenes oppmerksomhet, og her kan musikkterapeuten forsterke foreldrenes innsats i tilknytningen ved å veilede de i hvordan de kan samhandle med barnet og vise utviklingsstadier. Musikkterapeuten kan vise foreldre til barn med motoriske, kognitive eller samspillutfordringer, hvordan intervensjoner kan tilpasses deres barns behov og evner, noe som kan gjøre samspillet positivt for både foreldre og barn. Musikkterapeuten kan i sesjonene legge til rette for et miljø som er trygt og avslappet og hvor foreldrene opplever støtte og finner nye måter å være sammen med barna på, noe som kan redusere foreldrenes stress og angst og ved det fremme tilknytning. Her kan en også i sesjonene oppfordre foreldre til å ta opp spørsmål eller bekymringer. Gjennom disse tilnæringsmåtene kan musikkterapitimene være med på å styrke tilknytning både der og da og et fundament for livsvarige tilknytningsmønstre (Wellman, 2014).

## 3.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg først presentere kvalitativ metode, for deretter å ta for meg mer spesifikt det kvalitative forskningsintervjuet. Jeg vil omtale utvalget av informanter, før jeg tar for meg elementer ved gjennomføringen av intervjuene og transkriberingen av disse. Jeg vil presentere analysemetoden jeg har brukt, og til slutt kommentere etiske utfordringer ved studien.

### 3.1 Kvalitativ metode

Jeg har i denne masteroppgaven valgt å gjøre en kvalitativ studie. Kvalitative metoder kan ses på som ”forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres” (Malterud, 2011, s.26). Der kvantitative metoder bygger på tall, bygger kvalitative metoder på tekst, noe som kan være et bidrag til å få frem nyanser og mangfold (Malterud, 2011).

Å gjøre en kvalitativ studie var for meg et naturlig valg ut fra temaet for undersøkelsen, inkludering av foreldre i musikkterapi med barn på sykehus, og ut fra konteksten jeg ønsket å gjøre undersøkelsen i og hva jeg ønsket å finne ut av. En mulig tenkt kvantitativ studie i denne konteksten kunne vært for eksempel en spørreundersøkelse blant en større mengde foreldre til barn i musikkterapi på sykehus, hvor de skåret på en skala i hvor stor prosentgrad de hadde vært inkludert, kunne tenke seg å bli inkludert, og så videre. Men mer enn et ønske om å få en prosentandel, hadde jeg et ønske om å høre begrunnelser for hvorfor musikkterapeuter inkluderer eller ikke inkluderer foreldrene, historier fra musikkterapi med barn med og uten foreldrene til stede, og hva musikkterapeutene tenker rundt dette basert på deres mange erfaringer - jeg ønsket å få frem nyanser og mangfold.

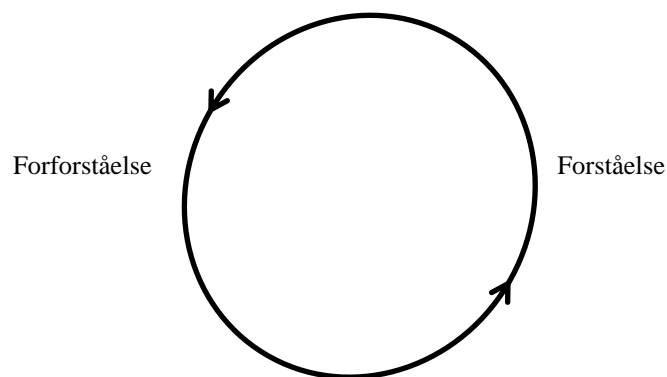
Ifølge Malterud bygger kvalitative metoder på ”teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk)” (Malterud, 2011, s.26). Malterud (2011) uttrykker at en som oftest ikke vil finne forskeren i ytterposisjonene hermeneutikk eller fenomenologi, men i mellomposisjoner. I denne oppgaven plasserer jeg meg her i en slik mellomposisjon, da jeg legger vekt på perspektiver fra både hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming.



### 3.1.1 En hermeneutisk tilnærming

I sin bok *Reflexive Methodology* fremhever Alvesson og Sköldberg (2000) at både natur- og kulturvitenskap er preget av tolkninger helt ned til datanivå, og at de er preget av forutinntatthet når det gjelder generering av teori. De viser til en hermeneutisk sirkel som går på forholdet mellom forforståelse og forståelse, som de mener kan være utfyllende til den hermeneutiske sirkelen som går på del-helhet. Ifølge Alvesson og Sköldberg vil forforståelse alltid være til stede før ethvert sett av kriterier og påvirke disse. De uttrykker at det er umulig å etablere kriterier som er generelt objektive (Alvesson & Sköldberg, 2000).

#### Hermeneutisk sirkel knyttet til forståelse



*(The circle of alethic hermeneutics, Alvesson & Sköldberg, 2000, egen oversettelse.)*

Konkret kan dette eksemplifiseres med at jeg som forsker hadde min forforståelse som bakgrunn under utformingen av intervjuguiden til datainnsamlingen av denne oppgaven. Underveis i det første intervjuet fikk jeg ny forståelse blant annet gjennom det informanten delte, noe som igjen påvirket samtalen ved neste intervju.

Tanken om at kriterier ikke kan være generelt objektive kan også ses i tråd med analysemetoden jeg har valgt, hvor det blant annet legges vekt på at utvalget av kategorier ikke er objektivt, men subjektivt preget av vedkommende som velger disse ut (Braun & Clarke, 2006). Jeg vil presentere analysemetoden nærmere senere i dette kapitlet.

### 3.1.2 En fenomenologisk tilnærming

I følge Postholm beskriver fenomenologiske studier «den meningen mennesker legger i en opplevelse knyttet til en bestemt erfaring av et fenomen» (Postholm, 2005, s. 41).

Enkeltmennesket står i fokus innenfor psykologisk fenomenologi, hvor det er et mål å få tak i informasjon om hvordan et individ opplever noe, og samtidig finne ut hvordan flere opplever å erfare det samme fenomenet (Postholm, 2005). I motsetning til etnografiske studier og kasusstudier som utforsker pågående prosesser eller hverdagsaktiviteter, er fenomenologiske studier utforskning av prosesser/hverdagsaktiviteter som er avsluttet. Det innebærer at en ikke observerer opplevelsene direkte, men de som har gjort erfaringene bærer disse med seg, og kan dele disse gjennom samtale med forskeren. Postholm (2005) uttrykker derfor at den eneste strategien som vanligvis kan brukes for datainnsamling innen fenomenologiske undersøkelser, er intervju. Informantene som intervjues må nødvendigvis ha opplevd erfaringen som er fokus i undersøkelsen. Forskeren har en åpen og naiv utforskning av fenomenet. Datamaterialet som samles gjennom intervjuene kan analyseres på ulike måter, men målet er å finne fellesnevneren eller det sentrale i fenomenet slik det blir opplevd.

I denne undersøkelsen ønsker jeg å få tak i hvordan musikkterapeutene som jobber eller har jobbet på sykehus erfarer foreldreinkludering. Jeg observerer ikke foreldreinkluderingen direkte, men intervjuer musikkterapeutene som bærer erfaringene angående foreldreinkludering med seg. Gjennom analysen ønsker jeg å finne det sentrale angående foreldreinkludering i musikkterapi med barn på sykehus, slik det oppleves av musikkterapeutene jeg intervjuer.

### **3.2 Kvalitativt forskningsintervju**

I prosjektskissen til denne masteroppgaven var tanken å bruke narrativ undersøkelse med "open-ended" spørsmål. Ledger (2010) trekker fram flere eksempler på bruk av narrativer og narrativ form i forbindelse med forskning innenfor feltet musikkterapi med barn på sykehus (Shoemark & Dearn, 2008; Aasgaard, 2002). I prosessen fra prosjektskisse til gjennomført undersøkelse endret jeg metode til kvalitativt forskningsintervju, fordi jeg blant annet fant ut at jeg hadde flere spørsmål jeg ønsket å finne ut av som det kunne være vanskelig å få svar på ved et "open-ended" spørsmål. Kvale og Brinkmann (2009) uttrykker at en gjennom det kvalitative forskningsintervjuet ønsker en forståelse av verden ut fra informantenes synspunkt. For å få innsikt i intervjuobjektene sine følelser, meninger og opplevelser mener Dalen (2011) at det kvalitative intervjuet er spesielt anvendelig.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) produseres kunnskap i et kvalitativt forskningsintervju sosialt, i interaksjonen mellom informant og intervjuer. Dalen (2011) uttrykker at viktige egenskaper for intervjueren i interaksjonen er evne til å lytte, å vise genuin interesse og det å vise anerkjennelse både ved spørring og ved lytting. Dalen viser samtidig til at det kan være en vanskelig grensegang mellom det å være forsker og medmenneske, i det å vise nærhet og opprettholde nødvendig distanse, og her må intervjueren være bevisst sitt forskeransvar og behandle intervjumaterialet profesjonelt. Siden det først og fremst er informantens opplevelser som er i fokus, kan ikke et forskningsintervju ses på som en vanlig samtale (Dalen, 2011). Kvale og Brinkmann (2009) angir at kvaliteten på dataproduksjonen i intervjuet er avhengig av kvaliteten på intervjuerens ferdigheter, og de uttrykker at en kan se intervjueren som medforfatter og medprodusent av intervjuet.

Kvaliteten på dataene i det kvalitative intervjuet er også avhengig av at intervjueren har gode kunnskaper om temaet og kan stille gode oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009). Ryen (2002) viser også til viktigheten av at intervjueren og informanten har samme vokabular. I denne sammenhengen ser jeg det som en fordel at jeg som intervjuer i tillegg til teoretisk kunnskap har en praksisperiode bak meg innenfor musikkterapi med barn på sykehus, og på den måten har fått både kunnskaper og kjennskap til vokabularet som blir brukt i dette fagmiljøet.

Jeg valgte å gjøre semistrukturerte intervjuer. Disse brukes ifølge Kvale og Brinkmann (2009) for å kunne forstå temaer fra dagliglivet ut fra informantenes egne perspektiver. I dette tilfellet handler det da om å forstå temaet foreldreinkludering i musikkterapi på sykehus ut fra musikkterapeutenes perspektiver. Ifølge Ryen (2002) kjennetegnes det semistrukturerte intervjuet ved at hovedspørsmål og temaer på forhånd er satt opp mens rekkefølgen av spørsmålene og spørsmålsformuleringene i detalj ikke er fastlagt. Kvale og Brinkmann definerer semistrukturert livsverdenintervju som "en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden<sup>3</sup> med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet" (Kvale & Brinkmann, 2009, s.325). En intervjuguide som inneholder emner og spørsmålsforslag er utgangspunktet for et semistrukturert intervju. Intervjuet blir i de fleste tilfeller transkribert, og datamaterialet som

---

<sup>3</sup> Livsverden defineres her som "Verden slik vi møter den i dagliglivet, uavhengig av og forut for vitenskapelige forklaringer. Slik verden foreligger i direkte og umiddelbare opplevelser." (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 324).

analyseres består da av transkripsjonen sammen med lydopptaket (Kvale & Brinkmann, 2009).

### **3.3 Informantutvalg**

Informantutvalget ble gjort blant musikkterapeuter i Norge. I utgangspunktet var planen å gjøre en internasjonal undersøkelse, men jeg endret dette til å gjøre en nasjonal undersøkelse. Denne endringen ble gjort på bakgrunn av at jeg fant det interessant å undersøke hvordan foreldreinkludering fungerer i norsk sykehussetting, og jeg ble mindre interessert i å fokusere på kulturelle forskjeller i denne sammenhengen.

Jeg valgte å inkludere musikkterapeuter som tidligere har jobbet med barn på sykehus i tillegg til de som for øyeblikket jobber innenfor fagfeltet. Inklusjonskriterier ble da at informantene skulle være kvalifisert utdannede musikkterapeuter, og at de skulle jobbe eller ha jobbet med barn på sykehus. Siden fokuset i undersøkelsen er inkludering av foreldre, var det et kriterium at informantene hadde noe erfaring med inkludering av foreldre i musikkterapien. En slik utvelgelse kalles strategisk eller formålstjenlig utvalg, fordi en her ser på hvilket utvalg som er mest tjenlig i forhold til belysning av problemstillingen (Malterud, 2011, Ryen, 2002). Det ville ikke være en god løsning å gjøre et representativt utvalg i denne sammenhengen, og studiens overførbarhet og gyldighet er ifølge Malterud (2011) heller ikke avhengig av et slikt design.

I prosessen med å finne informanter henvendte jeg meg til seks musikkterapeuter som jobber eller har jobbet med barn på sykehus, og hadde ytterligere flere aktuelle navn på blokken. På grunn av de begrensningene som ligger i at dette er en masteroppgave med tanke på tid og omfang, valgte jeg å ha tre informanter. Postholm (2005) uttrykker at dette antallet er tjenlig ved en mindre forskningsstudie, og Malterud (2011) viser til at i kvalitative studier kan et for stort antall informanter føre til at det blir vanskelig å få god oversikt over datamateriale og gjøre analysen overfladisk. Malterud (2011) hevder at en også ved å intervjuet et lavt antall informanter kan få et rikt datamateriale. I utvelgelsen av informanter ønsket jeg i den grad det var mulig å få en bredde i alder, utdanningsbakgrunn og arbeidsplasser informantene hadde sin erfaring fra, for å få frem dybde og nyanser.

### 3.4 Gjennomføring av intervju

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg ved hjelp av veileder en intervjuguide<sup>4</sup>, som ble utgangspunkt for alle intervjuene. Ryen (2002) uttrykker at informantene i stor grad bør få uttale seg uten å bli styrt av rekkefølgen på spørsmålene i intervjuguiden. Hvis en som forsker kjenner intervjuguiden godt, skaper det ikke problemer for forskeren hvis informanten velger en annen rekkefølge enn en selv har satt opp (Ryen, 2002). Jeg valgte her å gjøre et semistrukturert intervju og dermed følge intervjuguiden løsere, noe som kan få godt frem det informantene er opptatt av. En av utfordringene ved en løsere struktur kan være hvordan en skal forholde seg til at informantene er opptatt av og drar inn temaer en i utgangspunktet ikke har tenkt er aktuelle i forhold til sin problemstilling. Jeg erfarte dette ved noen tilfeller, og så i etterkant at noe ikke var aktuelt materiale for oppgaven, mens andre temaer som jeg i utgangspunktet ikke hadde tenkt på beriket oppgaven.

To av informantene ønsket av ulike grunner å motta intervjuguiden på forhånd, noe som gjorde at de da fikk mulighet til å tenke mer igjennom temaet før vi møttes. Dette kan ha påvirket til at de nettopp kom innom temaer jeg skulle spørre om før jeg hadde stilt de spørsmålene, og det passet da godt at jeg ikke fulgte intervjuguiden detaljert. Samtidig ønsket jeg å følge med på at alle temaene var dekket i løpet av intervjuet. Det dukket også opp noen spørsmål underveis i intervjuet, som jeg stilte for å få utdypet det de allerede hadde snakket om eller som kom fra aktuelle undertemaer som de hadde nevnt men som jeg ikke hadde tatt med i utarbeidelsen av intervjuguiden. Ryen viser her til at man som forsker må være godt forberedt og ha sentrale spørsmål og tema både nedskrevet og "sittende i hjernen", slik at en ikke får panikk hvis informanten tar avstikkere fra planen men heller kan benytte dette positivt (Ryen, 2002, s.108).

Jeg valgte å gjennomføre ansikt-til-ansikt intervjuer da dette viste seg å være gjennomførbart til tross for at informantene holdt til på ulike steder i Norge. Phellas, Bloch og Seale (2012) trekker fram både fordeler og ulemper ved ansikt-til-ansikt intervjuer sammenlignet med andre typer intervjuer som telefon-intervju, selv-gjennomførte spørreskjemaer, med flere. Som en fordel nevner de at intervjueren ved ansikt-til-ansikt intervjuer kan ha noe kontroll over konteksten og omgivelsene der intervjuet skjer (Phellas et al., 2012). I samråd med informantene ble et av intervjuene gjennomført på informantens arbeidsplass, et ble på

---

<sup>4</sup> Se vedlegg 1

informantens initiativ gjennomført på et privat sted, og et ble gjennomført på et offentlig sted. Ved valg av steder ønsket jeg å legge vekt på informantenes mulighet til å snakke uforstyrret, og alle ble da gjennomført i rolige omgivelser.

Intervjuer gjennomført ansikt til ansikt kan lettere gjøres lengre da det er mindre sjanse for ulike typer avbrudd, ifølge Phellas et al. (2012). Sammenlignet med egen-ferdigstillende teknikker eller telefonintervju, er det i ansikt-til-ansikt intervjuer mindre sjanse for at informanten blir skremt av lengden på intervjuet eller av andre grunner trekker seg underveis (Phellas et al., 2012). I samsvar med det kvalitative forskere anbefaler, varte alle tre intervjuene hver i 70-90 minutter (Ryen, 2002).

Phellas et al. (2012) viser også til at en i ansikt-til-ansikt intervjuer lettere kan spørre åpne spørsmål og at svarene på disse kan ha større omfang siden informantene ikke trenger å skrive svarene. Jeg valgte å starte intervjuene med et åpent spørsmål, da jeg ønsket at det informantene tenkte var viktig skulle få god mulighet til å komme fram og at de skulle få mulighet til å vinkle det slik de ønsket innenfor den rammen jeg hadde satt. En av farene ved ansikt-til-ansikt tilnærmingen er ifølge Phellas et al. (2012) at bias kan bli innført av intervjueren, for eksempel gjennom måten et spørsmål blir stilt på eller ved at informanten ønsker å svare på en sosialt akseptert måte. Ved å starte med et åpent spørsmål ønsket jeg i den grad det var mulig å unngå dette. Jeg ønsket også å ha den bevisstheten rundt intervjuerens påvirkning med meg gjennom intervjuene. Som et eksempel er jeg opptatt av familieverdier og foreldre-barn-tilknytning, men jeg ønsket å være bevisst på at informantene fritt kunne uttrykke det de tenkte rundt grunner til ikke å inkludere foreldre. Dalen (2011) viser til at forskernes egne synspunkter og oppfatninger som regel bør holdes utenfor i intervjusituasjonen - det er informantenes opplevelser som skal være i fokus.

I forkant av det første intervjuet gjennomførte jeg et pilotintervju, men da uten opptaksutstyr tilgjengelig. I prosessen rundt gjennomføringen av intervjuene reflekterte jeg over hvilken rolle jeg tok som intervjuer og hvordan opptaksutstyret til en viss grad kunne hemme meg. Jeg merket at spesielt underveis i det første intervjuet var jeg bevisst på at jeg ikke ville påvirke informantens uttalelser for mye med mine uttalelser. I forkant og når vi skrudde av opptaksutstyret kunne jeg prate friere om temaene, noe som iblant kan få frem flere ting fra informanten. Det problematiske i slike situasjoner kan da være ifølge Dalen (2011) at viktig informasjon ikke blir tatt opp siden opptaksutstyret ikke er på. Dette erfarte jeg i forkant og

etterkant av intervjuet, hvor jeg benyttet den muligheten Dalen (2011) nevner om å med smidighet komme inn på temaet eller be informanten om å gjenta utsagnene når opptaksutstyret er på. Videre i intervjuprosessen ble jeg noe friere i rollen som intervjuer, men jeg ser i ettertid at det kan være mulig å være mer aktiv som intervjuer og samtidig være bevisst på at det er informantenes opplevelser og erfaringer som skal frem.

### 3.5 Transkribering

Å transkribere betyr i følge Kvale og Brinkmann å "skifte fra en form til en annen" (Kvale og Brinkmann, 2009, s.187). Transkripsjoner kan da betegnes som oversettelser fra talespråk til skriftspråk, og i denne oversettelsen går elementer som stemmeleie, ironi med mer tapt i oversettelsen. Det er derfor viktig å huske at det er lydopptak og transkripsjon sammen som utgjør datamaterialet for analysen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Jeg valgte å bruke lydopptaker i intervjuene, noe som ses på som viktig blant annet for å kunne ta vare på informantenes egne uttalelser (Dalen, 2011) og for å registrere ordbruk, tonefall, pauser og lignende (Kvale & Brinkmann, 2009). Underveis i transkriberingen oppdaget jeg interessante ting som informantene hadde sagt og som jeg ikke hadde observert under intervjuet. Jeg valgte å transkribere intervjuene mest mulig ord for ord, og tok da med uttrykk som ehm og eh og pauser, og til en viss grad følelsesuttrykk og intonasjonsmessige understrekninger. Jeg har ved bruk av sitater valgt å skrive alle sitatene på bokmål, dette med tanke på anonymisering av informantene. I sitater har jeg også valgt å ta bort småord fra transkriberingen, som *liksom*, *altså* og lignende, for å gjøre teksten lettere å lese.

Til tross for relativt rolige omgivelser var det noen forstyrrende elementer som gjorde det noe problematisk å tolke hva som ble sagt tidvis i et av intervjuene. Hovedpoengene var likevel til stede, og noe av det som ikke kan høres kan tolkes ut fra sammenhengen, for eksempel der mitt spørsmål som intervjuer ble overdøvet mens informantens svar på spørsmålet er tydelig. Andelsmessig var ikke forstyrrelsen så stor at jeg anså det som nødvendig å gjøre intervjuet på nytt, da jeg allikevel hadde mye materiale også fra det intervjuet.

### 3.6 Analyse

Kvale og Brinkmann (2009) legger vekt på bevissthet rundt at intervjutranskripsjonene ikke er tema for studien men hjelpemidler til å tolke det som ble sagt muntlig i intervjuene, og spørsmålet "Hvordan analyserer jeg det intervjupersonene fortalte meg, på en måte som beriker og utdyper meningen med det de sa?" (Kvale & Brinkmann, 2009, s.199-200) knytter de til en alternativ måte å forholde seg til de skrevne transkripsjonene på; det å gå inn i en dialog med teksten, spørre etter temaet og forsøke å "utvikle, klargjøre og utdype" det den uttrykker (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 200). Dette er en holdning jeg har ønsket å innta i møte med analysen av intervjuene og transkripsjonene - å finne temaene og det sentrale i det informanten har uttrykket, og la det utvide mine kunnskaper om fenomenet jeg undersøker, foreldreinkludering i musikkterapi med barn på sykehus. Kvale og Brinkmann (2009) uttrykker at det ikke finnes noen standard-metoder for tekstanalyse tilsvarende de mange tilgjengelige teknikkene for statistisk analyse, men det finnes likevel analyseteknikker som kan fungere som verktøy som noen forskere kan ha bruk for i analyser av visse intervju typer.

Jeg valgte å bruke tematisk analyse for å finne temaene og det sentrale i intervjuene. Tematisk analyse er en mye brukt analysemetode innenfor kvalitativ forskning for å finne og analysere mønstre innenfor et datamateriale og meddele dette videre (Braun & Clarke, 2006). Den passer godt for meg som er relativt fersk innenfor kvalitativ forskning, da den hevdes å være spesielt egnet for de som nettopp er tidlig i en kvalitativ forskningskarriere. Braun og Clarke (2006) uttrykker at tematisk analyse bør ses på som en grunnleggende metode innen kvalitativ analyse, og at den bør være den første metoden kvalitative forskere lærer da den gir grunnleggende ferdigheter som kan brukes videre i andre kvalitative analysemetoder.

Tematisk analyse ses av flere som et verktøy eller en prosess som brukes innen flere analysemetoder, men Braun og Clarke (2006) argumenterer for at det er en metode i seg selv. I arbeidet med den tematiske analysen har jeg tatt utgangspunkt i Braun og Clarkes (2006) beskrivelser av denne metoden i deres artikkel *Using thematic analysis in psychology*<sup>5</sup>. De legger vekt på at metoden har stor fleksibilitet, og at det da er viktig at forskeren gjør rede for hvilke valg som er tatt og konkretiserer hvordan analysen er utført. Forskeren har en aktiv

---

<sup>5</sup> I artikkelen fremhever Braun og Clarke (2006) at metoden er fleksibel og nyttig for kvalitative undersøkelser både i og utover fagfeltet psykologi, og jeg anser den da som funksjonell også i kvalitativ forskning innen fagfeltet musikkterapi.



rolle i identifiseringen og utvelgelsen av temaene (Braun & Clarke, 2006). Jeg vil her si litt om hvordan jeg har utført analysen i denne masteroppgaven.

Etter å ha transkribert intervjuene og sjekket transkripsjonene underveis mot lydopptakene, leste jeg gjennom transkripsjonene av de tre intervjuene. Underveis gjorde jeg notater for å få en god oversikt over innholdet i intervjuene. Deretter gikk jeg nøye gjennom alle tre systematisk, og kodet disse. Braun og Clarke (2006) viser til at det finnes flere måter å gjøre dette på. Jeg valgte her å gjøre kodingsprosessen manuelt, og brukte pinner/blyanter med ulike farger til de ulike kodene for å indikere mulige mønstre (se figur 1). Deretter samlet jeg alle de aktuelle utdragene fra intervjuene som gjaldt de ulike kodene i en digital fil under de ulike kodene.

Jeg sorterte kodene i mulige temaer/kategorier og undersøkte her de ulike kodene mot hverandre for å se hvilke som hørte sammen og hvilket nivå de ulike kodene skulle være på– hvilke som kunne bli kategorier, underkategorier, del av en underkategori og hvilke som kunne legges bort. I denne fasen skrev jeg kodene på hver sin lapp og samlet disse i mulige sammensetninger. Jeg kom etter hvert frem til mulige kategorier og underkategorier, og har videre i prosessen gått gjennom disse og endret de noe. Jeg har sett kategoriene i lys av problemstillingen, og jeg har re-kodet noe underveis. Braun og Clarke (2006) bemerker at temaene/kategoriene ikke nødvendigvis må være de som nevnes flest ganger, men de som sier noe vesentlig i forhold til problemstillingen.

**Figur 1: Illustrasjon av analyseprosess med eksempler på råtekst, koder og kategorier**

Intervju	Notater	Koder	Kategori
A: Men møtepunktet er med foreldrene og det her med trygghet, bli kjent med meg som person - på en måte uten å bare bli eksponert selv i dialogen. Så en litt åpen inngang der jeg inkluderer foreldrene veldig i samtale. Men i invitasjon til	Møtepunkt med foreldrene begrunnes med trygghet - uten bare å bli eksponert selv Inkluderer foreldrene (veldig) i samtale	Startfase Trygghet Begrunnelse  Foreldrerolle	Begrunnelser og forutsetninger   Foreldreroller i musikkterapi

<p>musikkterapi med de eldste så retter jeg meg primært mot ungdommen. Da retter jeg meg primært mot ungdommene i utgangspunktet på hvilke muligheter [som er] i forhold til hva vi kan gjøre sammen og hva vi skal starte med. (...) Så er det ungdommene som kan få bestemme om foreldrene skal være der eller ikke.</p> <p>I: Har du noe skille i alder på når du tenker at de bestemmer selv og når du inkluderer foreldrene mer?</p> <p>A: Jeg tenker uansett alder at hvis barnet eller ungdommen vil ha foreldrene med, så er det fint. Etter hvert som vi blir mer kjent og kommer i gang med noe så kan jo det spørsmålet tas opp, men utgangspunktet er alltid at de kan være med hvis de vil.</p>	<p>Invitasjonen rettes mot ungdommen</p> <p>Ungdommen kan bestemme om foreldrene skal inkluderes</p> <p>Fint å ha foreldre inkludert først</p>	<p>Valg</p> <p>Musikkterapeutens opplevelse</p>	<p>Aktørenes valg</p>
--	--	---	-----------------------

### 3.7 Etiske refleksjoner

I alle fasene av en intervjuundersøkelse finnes etiske spørsmål (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg vil her ta utgangspunkt i de fire områdene som Kvale og Brinkmann (2009) trekker frem som de mest sentrale etiske retningslinjene for forskere. Disse ser jeg på som usikkerhetsområder som det er viktig å forholde seg til. Dette gjelder områdene informert samtykke, konfidensialitet/fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle.

#### 3.7.1 Informert samtykke

I tråd med reglementet for denne typen undersøkelser ble prosjektet meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) i forkant

av intervjuundersøkelsen, og tillatelse til å gjennomføre intervjuundersøkelsen ble mottatt<sup>6</sup>. Jeg sendte så et skriv<sup>7</sup> til deltakerne i undersøkelsen basert på NSD sin mal, for å informere om det overordnede målet for undersøkelsen og hovedtrekkene i designen, fordeler og risikoer ved å delta, og at deltakelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen. Deltakerne fikk informasjon om formålet og prosedyrer ved prosjektet, deriblant om fortrolighet og om hvem som ble gitt adgang til intervju og annet materiale.

Jeg informerte også om at all data ville bli slettet hvis de trakk seg fra undersøkelsen underveis, og at lydopptakene ellers ville bli slettet i etterkant. Jeg la vekt på anonymiseringen som et viktig punkt, både fra min side og fra deres hvis de presenterte noen caser fra deres musikkterapi praksis. I forlengelsen av dette informasjonsskrivet hadde jeg lagt ved en samtykkeerklæring, og denne ble signert av alle informantene i forkant av intervjuene.

### **3.7.2 Konfidensialitet**

Både Kvale og Brinkmann (2009) og NSD legger ved konfidensialitet vekt på at det ikke skal avsløres informasjon som direkte eller indirekte kan identifisere deltakerne i undersøkelser innen forskning. Ved forskning innenfor et begrenset fagmiljø som musikkterapi med barn på sykehus er dette et område jeg har ønsket å være ekstra bevisst på. Det var blant annet med tanke på konfidensialiteten jeg valgte å inkludere i informantutvalget musikkterapeuter som har jobbet på sykehus tidligere i tillegg til de som for øyeblikket er ansatt. Jeg har som nevnt omskrevet alle sitater fra dialekt til bokmål for å unngå mulige gjenkjennelser her. Jeg har valgt å omtale informantene som informant A, B og C, og oppgir ikke identifiserbare kjennetegn på informantene som alder, kjønn, detaljer rundt utdanning eller lignende. For å være tryggere på at informantene opplever seg anonymisert, har de fått lese gjennom den ferdige analysen. Ved denne medlemsvalideringen kunne informantene også si det de ville angående tolkning av utsagnene deres eller annet de ønsket å kommentere, og jeg redigerte analysen noe på bakgrunn av deres kommentarer.

### **3.7.3 Konsekvenser**

Når det gjelder hvilke konsekvenser en undersøkelse kan få, tenker Kvale og Brinkmann (2009) både på mulig skade og på fordeler for deltakerne. Risikoen for skade bør være minst

---

<sup>6</sup> Se vedlegg 2

<sup>7</sup> Se vedlegg 3

mulig, jamfør det etiske prinsippet om velgjørenhet (beneficence) og summen av oppnådd kunnskap og mulige fordeler bør være større enn risiko for skade. Forskeren er den som står ansvarlig for denne refleksjonen (Kvale & Brinkmann, 2009). Blant mulige fordeler i denne undersøkelsen kan en trekke inn det at informantene selv fikk en ekstra grunn til å reflektere over egen praksis, og at de og andre gjennom den ferdige masteroppgaven kan få ny kunnskap og innsikt i musikkterapeuters praksis og refleksjoner rundt foreldreinkludering i sykehussetting. Informantene gav selv uttrykk for at dette var interessant å delta i. Mengden data fra intervjuene tilsa også at temaene var noe de var opptatt av. Jeg anser ikke risikoen for skade å være stor i denne undersøkelsen, blant annet ut fra at informantene til en viss grad selv kunne styre hvor sensitive temaer vi gikk inn på.

#### **3.7.4 Forskerens rolle**

Når det gjelder forskerens rolle snakker Kvale og Brinkmann (2009) blant annet om forskerens integritet, herunder rettferdighet, ærlighet, erfaring og kunnskap, og betydningen denne har for kvaliteten på vitenskapelig kunnskap og etiske beslutninger i forskningen. Fordi intervjueren selv regnes som det viktigste verktøyet i kunnskapsinnhenting øker denne betydningen når det gjelder forskningsintervju. De viser også til at man som forsker må presentere funnene så representativt og nøyaktig som mulig (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har i denne oppgaven vært spesielt grundig i analysen av intervjuene og har et bevisst ønske om å gi en så ærlig som mulig fremstilling av dataene.

## 4.0 Analyse

Jeg vil i dette kapitlet presentere kategoriene jeg har kommet fram til gjennom den tematiske analysen. Jeg har valgt å ha to hovedkategorier; *Avgjørelsen om foreldreinkludering* og *Foreldreinkludering i praksis*. De to hovedkategoriene har henholdsvis tre og fire underkategorier.

**Figur 2: Oversikt over hoved- og underkategorier**



Gjennom å oppsummere mine funn under hver kategori og ved å presentere utdrag fra intervjuene ønsker jeg å gi et helhetlig og samtidig nyansert inntrykk av det informantene uttalte angående praksis og holdninger til foreldreinkludering i musikkterapi med barn på sykehus. Jeg har valgt å kalle musikkterapeutene som jeg har intervjuet informant A, B og C, og meg selv intervjuer (I). I noen tilfeller har jeg valgt ikke å vise til hvem av informantene som har uttalt hva, av hensyn til anonymiseringen.

### 4.1 Avgjørelsen om foreldreinkludering

Informantene delte i intervjuene mye av sine tanker og erfaringer rundt avgjørelsen om foreldreinkludering i musikkterapi. Ulike forutsetninger som var til stede og som påvirket avgjørelsen kom opp, og informantene gav flere ulike begrunnelser for å ta med eller ikke ta med foreldrene. Informantene gav inntrykk av at avgjørelsen noen ganger ble styrt eller

påvirket av forutsetninger og noen ganger tatt av barna, foreldrene eller musikkterapeuten selv. Sykehuset som arena og pasientenes tilstand kunne påvirke avgjørelsen og informantene fortalte om improvisering og avveining mellom de ulike aktørenes behov. Ut fra dette har jeg innenfor denne første kategorien valgt å ha tre underkategorier; *Forutsetninger og begrunnelser*, *Aktørenes valg* og *Situasjonstilpasning og avveining*. Jeg vil nå presentere disse tre underkategoriene.

#### **4.1.1 Forutsetninger og begrunnelser**

Det er mye som kan trekkes fram når det gjelder forutsetninger og andre begrunnelser for å inkludere eller ikke inkludere foreldre i musikkterapien. Jeg har her valgt å ta for meg de årsakene som jeg syntes kom klarest fram i intervjuene og de som jeg fant mest interessante; tilgjengelighet, rom, alder, etiske perspektiver, trygghet og begrunnelser knyttet til det relasjonelle.

En av forutsetningene for å inkludere direkte eller ikke inkludere foreldrene, er om foreldrene er **tilgjengelige** når musikkterapien skal foregå. Alle informantene uttrykker at møtet med barna ofte er sammen med foreldrene. Informant A uttaler at foreldrene nesten alltid er tilgjengelige når musikkterapeuten møter barna på somatisk avdeling, og setter dette i sammenheng med forskriftene som sier at barn har rett til å ha med seg foreldre når de er innlagt på sykehus. Samtidig kan det være kolliderende møter som gjør at foreldrene er opptatt. To av informantene viser også til strukturelle årsaker hvor foreldrene helt eller delvis ikke er tilgjengelig når musikkterapien foregår. Eksempler her er forløp innenfor poliklinisk sammenheng, habilitering og psykisk helsevern, hvor barnet behandles i eller delvis følges av den sammenhengen de er i på dagtid, eller kommer til behandling eller er innlagt uten at foreldrene er der sammen med dem.

*Informant: (...) i psykisk helsevern så er ungdommer uten foreldre innlagt, så der er ikke det alternativ, eller i alle fall ikke på samme måte som andre poster. Men de er oftere alene på dagtid enn på somatisk avdeling og, de har noe mer tid alene, men samtidig og at de har behov for å være alene.*

En annen av de strukturelle forutsetningene/ påvirkningene er **hvor musikkterapien foregår**. Mye av musikkterapien gjennomføres på pasientrom, hvor foreldrene ofte både bor og oppholder seg mye sammen med barna. Det at foreldrene allerede er på rommet hvor musikkterapien skal foregå, tenker informant C gjør det vanskeligere å spørre om de kan gå ut

hvis en ønsker å ha time med barnet alene. Informant C sier at det påvirker avgjørelsen til en viss grad.

*C: Så omgivelsene bestemmer jo noe men likevel ikke alt, da, det gjør de ikke. Men - om jeg hadde valgt like mange timer – nei, jeg tror ikke jeg hadde valgt like mange timer [med foreldre] hvis ikke omgivelsene var sånn som de var. Det kan nok hende (...) at noen flere timer hadde vært uten foreldre.*

Samtidig uttrykker informant C at det er veldig naturlig å inkludere foreldrene i timen når de er inne på rommet, fordi det ikke er et ønske at noen er publikum i en musikkterapitime.

Informant A og B omtaler musikkterapi på isolat, men gir ulike eksempler herfra angående foreldreinkludering. Informant A gjengir at foreldrene alltid er til stede og viser til bruk av musikkterapien til å gi foreldrene og barnet inspirasjon til ting de kan gjøre sammen ellers i døgnet. Informant B begrunner musikkterapi alene med barnet med behovet foreldre og barn har for pusterom fra hverandre da de er sammen hele døgnet ellers på liten plass.

En del av musikkterapien er på tilgjengelige tilpassede rom eller i fellesareal. På tilpassede rom blir det ofte både naturlig å ha musikkterapien uten foreldrene, og informantene uttrykker at det er noe av hensikten med å ha det der istedenfor på pasientrom. De snakker blant annet om at rammene blir annerledes og at barna får gjøre noe eget. En av informantene har ofte foreldre med ved musikkterapigrupper i fellesarealet og ser det i sammenheng med at det er utenfor avdelingen.

Informantene poengterer at barnas **alder** kan ha en innvirkning på avgjørelsen om foreldreinkluderingen. Både informant B og C fremhever at alder kan ha mye å si. Alle informantene har generelt en deling mellom de yngste og de eldste. Informant B mener at en lettere tenker de yngste som en del av familie-enheten.

*B: Med de yngste barna så tenker jeg det er vanskelig å skille fordi de er en enhet (...) Det er viktig å tenke helhetlig rundt familien.*

Informant C uttaler et behov for å inkludere foreldrene for å jobbe med foreldre-barn-relasjonen, spesielt ved langvarige sykehusopphold før barnet er ett år. Informant A ønsker primært sett relasjonen barn og foreldre sammen, men gjennomfører også musikkterapi alene med barn helt ned til 0 år.

Ungdommer kan trenge å løsrive seg, og informant B har erfart at musikkterapi kan gi det rommet ungdommene trenger når foreldre "overkjører" og bestemmer for mye eller overfører egne problemer på barna. Informant C opplever at foreldrene ofte trekker seg ut selv når ungdommene er 13-14 år. Samtidig uttaler informantene at det også er forløp med ungdom hvor foreldrene er med i alle eller noen av timene.

*C: Fra 10 år og oppover så er det sjelden foreldrene er med. Nei kanskje 12, ja. Men samtidig - det kan jo være noen situasjoner der foreldrene er med og det blir veldig fine timer [for] ungene - at de gir mye til timene.*

Informant A har det første møtet med ungdommer fra 12 år sammen med foreldre, og har videre en kombinasjon av individuelle timer og timer med foreldre til stede.

Informantene uttrykker **etiske perspektiver** når det gjelder foreldredeltakelse i musikkterapien, og med tanke på hva som skal deles fra timene med ungdommer til foreldrene i forkant og etterkant. Her viser informant A blant annet til journalforskrifter.

*A: Det går vel mest på alder, litt tilsvarende journalforskriftene. Jeg opplever at det er etisk forsvarlig å inkludere foreldrene i så stor grad som mulig og at jeg skal ikke ha noe alene med barnet, de har rett til å kjenne til hva som skjer. Men fra de er 16 år så kan ungdommen bestemme (...) at de vil ha journalen for seg sjøl, så da går jo etikken på at i trygghet mellom meg og ungdommen så skal ungdommen ha lov til å utvikle, i den fasen, et rom for å kjenne at man er alene om noe, og ikke at jeg gir det videre.*

Fra barna er 12 år tenker informant B at de har en autonomi selv i forhold til det å være syk, og viser til at de da begynner å få rettigheter og skal forholde seg til ting selv, spesielt ved kronisk sykdom. Informant C snakker om situasjoner når barnet trenger at dette er deres eget, og at det er viktig at musikkterapeuten reflekterer over når det da kan være uetisk at foreldrene tar del i dette. Informant A viser til plikten til å dele det som skjer i musikkterapien med tverrfaglige team når dette påvirker behandlingen ellers, og deler rammene med foreldrene, men utover det er det opp til ungdommene å dele hva de vil fra musikkterapien. Informant B nevner saker hvor det kan være vanskelig å få timene med ungdommene alene selv om de ser at dette er det beste, men sier også at det er sjelden det er etiske dilemmaer.

*I: Har du noe etiske refleksjoner rundt det å inkludere/ ikke inkludere?*

*B: Ja, jeg tenker på de sakene hvor det er ønskelig å få ungdommen alene men foreldrene ikke har lyst til å gå ut. At det er veldig nært forhold og foreldrene ikke har så lyst til å gå ut, men at det tverrfaglige teamet jobber sammen og mener det er viktig for ungdommen for eksempel å få utløp for tanker/ følelser uten foreldrene til stede.*



*(...) Vi mener jo alltid at vi gjør det for at det her skal være til det beste for alle. Det er jo sjelden at vi ser at det her er helt grusomt for mor men vi gjør det fordi tenåringsen har nytte av det. Vi ser det ofte mer som en del av en sunn prosess, så det er sjelden at det er etiske dilemmaer synes jeg - fordi ofte så er det så tydelig. (...) Det er sjelden at man er i tvil om det er riktig eller galt å inkludere de.*

I forhold til barna generelt uttrykker informant A som vi så en opplevelse av at det er etisk forsvarlig å inkludere foreldrene så mye som mulig, og henviser til foreldrenes rett til å kjenne til hva som skjer. Informant C reflekterer over taushetsplikten overfor barna versus at foreldrene er barnas foresatte. Informant C viser også til dilemmaet med hvem som får oppmerksomheten fra musikkterapeuten og understreker her at barna er pasientene og at deres behov settes først, men at foreldrene er deres nærmeste.

**Trygghetsdimensjonen** for barna er en gjentagende begrunnelse hos alle informantene i forbindelse med foreldreinkludering. Bare det at foreldrene er i rommet kan gi en nødvendig trygghet, uavhengig av i hvilken grad foreldrene er aktive, mener informant B. Informant C påpeker behovet barna har for trygghet i en setting hvor mye skjer med dem. I startfasen av et terapiforløp kan tryggheten være ekstra viktig. Informant A understreker at trygghet er det første som må etableres, og sier at barna kan bli trygge gjennom at foreldrene blir det.

*A: Jeg kommer inn og spør med i hvert fall de minste barna fra ti år og yngre: vil Dere være med; har Du lyst - vil Dere? Jeg veksler mellom du og dere så naturlig. Jeg tenker tilbake til det her med trygghet som er det første som må etableres. Så blir barnet trygg av at jeg kommuniserer med foreldrene sånn at barnet kan bare observere: blir mamma trygg så blir jeg trygg. Sånne typer prosesser som den kan være på siden av. Og hvis jeg inkluderer begge to, så handler det ikke om noen adskillelse i utgangspunktet, men det kan det jo bli etter hvert, sånn at "nå gjør vi det og mamma skal noe annet". Men starten er veldig åpen i forhold til det.*

Informant B har sjelden musikkterapien første gang uten foreldre med mindre barnet kjenner musikkterapeuten litt fra før. En av informantene viser til at det blant annet ut fra problemstillingene de jobber med i musikkterapitimene ikke er så naturlig å ha med foreldre til barn i psykisk helsevern, men hvis barnet er utrygt er kanskje foreldrene med første time.

Informantene begrunner i mange tilfeller med det **relasjonelle**, både i forhold til å inkludere og ikke inkludere foreldre direkte i timer. Alle informantene betegner foreldrene som de som står barna nærmest, og spesielt informant A og B legger vekt på at barn og foreldre er nært knyttet sammen. Informant A sier at styrking av de nære relasjonene er det viktigste musikkterapeuten gjør.

*A: Overordnet så (...) møter jeg [barn og ungdom] med en orientering om at de er en del av en helhet. I hvilken grad jeg inkluderer kan vi jo komme nærmere innpå - på hvilken måte, hvilke nivå, når det er mulig, når det ikke er mulig. Men selve min grunnholdning til å møte et barn på sykehus, det er en orientering rundt at de er en del av et system som påvirker hverandre, og at de utfordringer eller de begrensninger de har knyttet til at de er syke aldri bare handler om dem, men også om de andre rundt. Og at uansett det som ligger bak, så tenker jeg at når man møter et barn i nåtid så vil den relasjonen de er i, nære relasjoner, være det som i størst grad kan påvirke de til å bli bedre. Sånn at i den grad det er mulig så vil min styrking av den relasjonen være det viktigste jeg gjør. Selv om jeg møter barnet alene så tenker jeg sånn, så jeg prøver å hente inn de relasjonene som barnet står i.*

Informant A trekker fram tilfeller der det er noe i relasjonen mellom barn og foreldre i mer alvorlig grad hvor informant tenker at det er bra å inkludere, og tilfeller hvor det også kan være bra å be foreldrene gå ut under musikkterapien.

*A: Av og til så har vi jo inne problematikk på at det er noe i relasjonen i mer alvorlig grad, og at barnevernet også er inne i bildet, eller at det er for eksempel en veldig ung mor. Min holdning er likevel da at jeg kan komme inn og bidra med stimuli til mor-barn-samspillet. Det gir meg også en observasjonsmulighet og en kartlegging i forhold til hva som ellers vurderes om er det en god nok relasjon. Min holdning er nok generelt sett at vi må lete etter de ressursene som kan være skjult eller avstengt på grunn av situasjon, foreldrenes depresjon eller hva det er som forårsaker det. Og at musikk har en annen mulighet enn veldig mye annet til at det oppdages og at man blir mer trygg som foreldre. Og da vil jeg heller ha foreldrene med i samspillet, for å se om vi kan fange opp det. Men hvis det er for eksempel en dominerende forelder som jeg på en måte prøver å ramme inn (...) sånn at forelderen både får være det den er som barnet er vant til som jo da er dominans, men som jeg også kan være med og påvirke gjennom hva jeg intervensjoner sånn at barnet får mere muligheter og rom, plass. Da vil det være noen ganger at jeg foreslår at mor går ut og barnet får en samspillserfaring alene å bygge videre på. Ja, så det er både- og må jeg kunne si.*

Det er også tilfeller hvor det tverrfaglige avgjør at foreldre ikke skal være til stede i timene på grunn av behov for mer avstand i relasjonen mellom barn og foreldre uttaler informant A. Det å bygge relasjon og knytte seg til personer, kan også være en problemstilling hos noen barn, og da ser informant C at det er lettere for musikkterapeuten å få en relasjon når en har timen uten foreldre.

Informant B og C uttrykker at det kan gi noe til relasjonen mellom barnet og musikkterapeuten at foreldrene ikke er der, og viser til at de åpner seg mer og tør å komme med ting som de gjerne ikke kommer med hvis foreldrene er der. Men informant C viser også til at overgangen fra å ha foreldrene med til ikke å ha foreldrene med kan være både positiv og negativ.

*C: Noen ganger så kan jo det være en utvikling i prosessen. Samtidig; når en har hatt mange timer med foreldre, så kan det være bra at de er med hele prosessen og. At det plutselig [er] noe i gruppen eller dynamikken som er borte, det merker en jo fort.*

*I: Så relasjonen kan bli annerledes mellom deg og barnet hvis du ikke har foreldrene tilstede?*

*C: Ja. Og det tenker jeg [er] både positivt og negativt, for noen ganger så kan jeg kjenne at det mangler noe, mens andre ganger så er det mer [at] en ser at dette var en naturlig utvikling i prosessen.*

#### **4.1.2 Aktørenes valg**

Det er ofte vanskelig å si klart hvem som avgjør om foreldrene inkluderes i musikkterapitimene eller ikke, da det er en dynamisk og sammensatt prosess. Samtidig omtaler alle de tre informantene flere tilfeller hvor det spesifikt er den ene av de ulike aktørene - barnet, forelderen eller musikkterapeuten - som kan ta valget om foreldrene skal inkluderes eller ikke inkluderes i musikkterapien. Jeg vil her vise eksempler på alle tre – når det er barnas valg, foreldrenes valg og musikkterapeutenes valg.

Informant A og B angir tilfeller hvor det er barnet som kan ta valget. Informant A uttaler at hvis barnet, uansett alder, vil ha foreldrene med, så er det fint. Informant A sier også direkte at det er ungdommene selv som får velge.

Informantene nevner tilfeller hvor barnet velger å ha musikkterapi med og musikkterapi uten forelderen til stede. Et eksempel fra informant A er med en 15-åring som valgte å inkludere moren, og dette utviklet seg til en dynamikk mellom mor og datter hvor jenta ble i fokus og mor bidro på en god måte. En av informantene nevner eksempler hvor barna velger å inkludere foreldrene på hjemmebane etter alenetimer innen psykisk helsevern. De synger sanger hjemme med foreldrene, noe som kan gi felles oppmerksomhet og godt samspill hvor samspillet ellers kan være vanskelig.

Informant B viser til barn som velger å ha musikkterapi uten foreldrene.

*B: Nei jeg tenkte kanskje på når det blir mye "mas" (...). Men da sier ofte barna og at de vil at de skal gå ut, og da gjør foreldrene som regel det. Noen barn ønsker å være alene med meg fordi foreldrene til tider er opptatt av at barnet skal "gjøre ting riktig" – og da prøver vi i samspillet å vise at alt er lov og at det ikke er nødvendig å orke så mye/ gjøre så mye, eller prestere.*

Barnets valg er i noen tilfeller hos informant B ikke det samme som det musikkterapeuten kanskje egentlig ønsker. Det er også tilfeller hvor barnets og musikkterapeutens ønske ikke er det samme som foreldrene ønsker, og det er ikke alltid foreldrene følger barnets ønske.

*I: Har du erfaring i fra noen ganger du kunne tenkt deg og hatt musikkterapi med ungdommen eller barnet alene mens foreldrene bare blir der?*

*B: Ja, absolutt. Jeg har opplevd det flere ganger, noen ganger fordi barnet/ ungdommen vil at de skal bli, andre ganger vil pasienten at foreldrene skal gå, men foreldrene "gjør seg usynlige" og vil bare sitte i et hjørne. Men det er aldri et problem at de blir, eneste konsekvensen er at man kanskje gjør om på intervensjoner/ fokus for sesjonen.*

Alle de tre informantene trekker fram tilfeller hvor det er foreldrene som tar valget selv, både om de skal være til stede i musikkterapien, og i så fall hvordan de skal være involvert.

Informant B forteller om foreldre som er veldig knyttet til barna og ikke vil gå fra de på grunn av barnas alvorlige sykdom. Informant A sier at foreldrene i utgangspunktet alltid kan være med hvis de vil, og at de alltid blir invitert til å være med og musisere hvis de kan spille.

Informant C understreker at foreldrene må få velge om de vil være til stede eller ikke.

*C: På somatiske avdelinger så ligger det i det at foreldrene er ofte på rommet, så hvis de velger å gå ut, så gjør de det. Det er sjelden at jeg sier "nei men bli", eller... Hvis de velger å gå ut så går de ut. Og det handler jo noe om at de må få velge.*

Når det gjelder hvordan de skal være inkludert, så viser informant C til eksempler hvor foreldre ikke ønsker å spille. Musikkterapeuten som ser dette fokuserer på barnet, og så får foreldrene være med hvis de vil. Informant B slår fast at hvilke roller foreldre har i musikkterapien kommer veldig an på foreldrene selv og hva de tør og har lyst til<sup>8</sup>.

Alle informantene tar valget som musikkterapeuter om å inkludere eller ikke inkludere foreldrene direkte. Både informant B og C snakker om at å uttrykke det valget kan være en del av det å være tydelig som fagperson.

*B: Men jeg tror det er viktig å være tydelig også på min rolle og være tydelig som fagperson og si at vi pleier å gjøre det, eller "det her pleier å være greit at vi er alene om", eller at man er tydelig på at det kan være lurt. Det er veldig få ganger at foreldrene sier "nei, det får du ikke lov til" eller "nei vi skal være sammen hele tiden". Men jeg tror - hvis man ikke er tydelig på det, så er det lett for dem å bli, og tenke at de er usynlig i rommet og bare skal sitte og strikke eller se på tv, at de bare vil holde seg i bakgrunnen. Og det er også helt greit.*

---

<sup>8</sup> Foreldrenes ulike roller i musikkterapien vil jeg komme mer tilbake til under punkt 4.2.1.

Alle informantene forteller om tilfeller hvor musikkterapeuten tar valget om ikke å inkludere foreldrene direkte i timen, og gjennomfører dette ved å be foreldrene om å gå ut eller å gjøre noe annet. Informant B begrunner i et eksempel med avspenningsøvelser dette med et ønske om ikke å få forstyrrelser i øvelsene. Hvis foreldre ikke har vært engasjert eller tar fokus fra barnet, er det flere ganger informant C velger å ha neste timen med barnet alene.

*C: Det er flere ganger jeg har timer med barn som jeg kommer inn til, og foreldrene er i rommet og jeg ber de gå ut. Eller hvis jeg ser at her er det viktigere for barnet å ha time alene.(...) Jeg ber ikke noen gå ut midt i en time, det gjør jeg ikke, men hvis jeg har erfart det, så kan det hende at jeg neste time sier at: nå er det greit at vi har en time alene, eller, ja - på en fin måte, ja.*

Informant B velger flere ganger å inkludere selv om foreldrene i utgangspunktet tilsynelatende ikke er deltakende eller trekker seg unna. Informanten inkluderer gjennom å vise eller fortelle konkret hva foreldrene kan gjøre, eller ved å bekrefte når barnet forholder seg til forelderen.

#### **4.1.3 Situasjonstilpasning og avveining**

Noe jeg oppfattet gikk igjen hos alle informantene, og spesielt hos informant B og C, var at mye var varierende og situasjonsavhengig både i musikkterapihverdagen generelt og også når det gjaldt foreldreinkludering. Det var få "absolutter", mange avveininger og mye improvisering gjennom arbeidsdagen. Eksempler på det siste er spontane musikkstunder på lekerom eller flermannsrom, og planlagte opplegg for grupper hvor de improviserer innenfor rammene da de ikke vet fra gang til gang hvem som kommer.

Det å ha musikkterapi i sykehusmiljøet kan av mange grunner både være dynamisk og veldig uforutsigbart. Pasientenes form og dagsopplegg kan variere, og informant B inkluderer foreldre der det passer og er behov ut fra situasjonen.

*B: Det er åpent for alle mulige variasjoner og varianter, og så drar man inn der det passer seg og der man ser behovet mer enn at man går inn på forhånd med et mål om at det og det skal jeg gjøre. Fordi dagene til pasienten og er så forskjellig. Plutselig så har du egentlig avtalt at du skal ta opp en sang i garasjeband og så er de kjempedårlige og da er alt du får gjort egentlig kanskje å gjøre en avspenning, eller - at det varierer så veldig. Og det er kanskje de eneste gangene jeg ber foreldre spesifikt om å gå ut alltid, det er hvis vi skal gjøre avspenning, med mindre - jo - nei, ikke alltid heller. Det er ingenting som er absolutt egentlig.*

Informant C snakker om å gjøre noe ut av den situasjonen som er og at det da ofte blir bra, for eksempel i forhold til om foreldrene er med og musikkterapeuten egentlig ikke hadde tenkt seg det i utgangspunktet.

Både informant A, B og C nevner at det er forløp hvor foreldrene er med noen ganger og noen ganger ikke. Informant B uttaler at det sjelden er så tvetydig at vedkommende som musikkterapeut blir i tvil om det er riktig eller galt å ta foreldrene med, fordi en da har mulighet til å ta foreldrene med den ene dagen og ikke den neste. Informant C trekker fram at en kan tilpasse dette underveis i forløpet og ut fra hva som er best endre mellom å inkludere direkte og ikke inkludere direkte.

Flere av informantene uttrykker at det både er en avveining mellom de ulike aktørenes behov og mellom ulike formål, i forhold til det å inkludere foreldrene direkte i timen eller ikke. Behovene hos barn og foreldre kan være ulike, og informant C har som en sterk retningslinje at det er barna som er pasientene og understreker at musikkterapeuten må se hva som er best for barna, samtidig som det også er viktig å se foreldrene. Et eksempel her er når foreldrene har det tungt på grunn av barnas alvorlige diagnoser mens barna er mer til stede i øyeblikket.

*I: (...) har [du]noe mer i forhold til hva som medvirker til eller avgjør at du inkluderer foreldre eller at du ikke inkluderer foreldre?*

*C: Hvis jeg vet på forhånd at foreldre tar det veldig tungt, og ungen har fått en diagnose, så tenker jeg det kan være viktig å inkludere de (...) fordi det kan være viktig å på en måte holde håpet oppe. Eller - om ikke håp, men i alle fall se ressursene hos barnet som fremdeles har ressurser, og å gi et håp inne i den situasjonen. Samtidig som jeg nevnte det å balansere hvis foreldre er veldig langt nede, at de da ikke trekker barnet ned i en sånn situasjon - så det er jo en balanse der og.*

Informant C viser også til ulike behov metodisk eller musikalsk hos barn og foreldre. Dette gjelder for eksempel ulik musikksmak. Foreldre kan også være mer usikker på musikalsk improvisasjon mens barna lettere kaster seg ut i dette. Her tenker informanten det er en avveining, men det behøver ikke å gjøre så mye at foreldrene blir mer i bakgrunnen, og musikkterapeuten kan da inkludere forelderens i det musikalske samspillet ved å gi et instrument som kan ramme inn barnets improvisasjon.

## 4.2 Foreldreinkludering i praksis

I intervjuene kom det fram mange sider ved hvordan foreldreinkluderingen foregår.

Foreldrene fyller mange roller både i forbindelse med og i selve musikkterapien.

Informantene snakket mye om hvilke ressurser de så i det å inkludere foreldre, både for foreldrene og barna og for seg selv som musikkterapeuter. Jeg har ut fra dette valgt å ha fire underkategorier; *Foreldreroller i musikkterapi*, *Foreldreinkluderingens funksjon for foreldre*, *Foreldreinkluderingens funksjon for barn* og *Foreldreinkluderingens funksjon for musikkterapeuter*. Innenfor de tre siste underkategoriene er det elementer som har betydning for flere av aktørene og gjerne kunne vært nevnt i flere av underkategoriene, samtidig som noe kan ha en sterkere betydning for den ene av aktørene i forhold til de andre.

Underkategoriene vil nå bli presentert.

### 4.2.1 Foreldreroller i musikkterapi

I denne underkategorien vil jeg presentere ulike foreldreroller i musikkterapien. Jeg har her valgt å ta med roller foreldrene kan ha gjennom inkludering også i forkant og etterkant i tillegg til underveis når musikkterapien gjennomføres. En stor del av alle foreldrene informantene viser til er inkludert på en eller annen måte ut fra denne utvidede betydningen av foreldreinkludering. I intervjuene uttrykte alle informantene mange ulike roller som foreldre kan ha når de er inkludert. Ofte har foreldrene flere av disse rollene i forbindelse med en musikkterapitime. Jeg vil her ta for meg rollene foreldre har som den som oppsøker musikkterapi, som samtalepartner i forkant/ etterkant, observatør og trygghetsskaper, tilrettelegger, samtalepartner/ bidragsyter underveis, musisk deltager, målgruppe, bindeledd og viderefører.

En rolle som foreldre kan ha allerede i forkant av musikkterapien er som den som **opp søker** musikkterapi. Informant B forteller om foreldre som på bakgrunn av informasjonsbrosjyrer, gruppeaktiviteter eller samtaler med andre foreldre har forespurt musikkterapi for sitt barn, og anslår at rundt 10 % av forespørslene kommer fra foreldrene.

Når foreldrene ikke er til stede i selve gjennomføringen av musikkterapien, er de ofte inkludert som **samtalepartner i forkant/ etterkant**. Informant A uttrykker at foreldrene inkluderes i samtale i det første møtet mellom musikkterapeuten og barnet, før det er avklart om foreldrene skal være til stede i selve musikkterapien. I forløp med ungdom som primært har individuelle timer, inkluderer informanten foreldre i familiesamtaler. En av

informantene gjengir eksempler med avspenningsøvelser, fantasireiser og tegning, hvor musikkterapeuten formidler rammene til foreldrene i forkant og etterkant. En av informantene møter som ko-behandler i noen tilfeller foreldre bare på fellesmøter, hvor prosessen formidles og evalueres.

Alle informantene viser til foreldre som er til stede i timene uten å delta musisk. Disse kan igjen ha flere ulike roller, deriblant som **observatør og trygghetsskaper**. Både informant B og C forteller om foreldre som er "usynlig" i rommet, som ikke sier noe men som gjerne leser eller strikker mens musikkterapien foregår. Informant B uttaler at foreldrene kan være en trygghetsfaktor for barnet ved bare å være til stede, og informant C understreker at det noen ganger er greit at foreldrene bare er der i tilfelle noe skulle skje, selv om musikkterapeuten i utgangspunktet ønsker mer aktiv deltagelse. Informantene refererer også til foreldre som tar bilder eller film fra musikkterapien. Informantene uttrykker at dette der og da kan gi foreldrene en publikumsrolle som i seg selv gjerne ikke er ønskelig, men at de ved filmingen kan ta med positive opplevelser hjem og at det kan gi barna og deres nærmeste felles opplevelser i etterkant.

Informantene gjengir flere eksempler hvor foreldre tar rollen som **tilrettelegger**. Det å være en tilrettelegger er en viktig funksjon foreldrene kan ha, og informant C viser til at det er mange som utfører den rollen. Både informant B og C trekker fram eksempler fra grupper hvor foreldrene legger til rette for barnas deltagelse, ved å hjelpe barna med å levere tilbake instrument, å støtte barna hvis de vil synge i mikrofon, og med regulering for små barn. Informant C tenker at foreldrene her blir mer på sidelinja og ofte ikke så aktivt deltagende selv.

Rollen som **samtalepartner og bidragsyter underveis** i musikkterapien fremheves av flere av informantene. Informant A poengterer at en viktig funksjon foreldrene har i musikkterapien, er som barnets nærmeste, og at de kan hjelpe barnet med å finne hva de har lyst til eller trenger der og da – hva som er barnets behov eller deres felles behov. Informantene gjengir at foreldre er med i samtalen, formidler hva barnet kjenner til og liker av sanger, kommer med sine ideer, og er aktive i å ønske seg sanger selv. De kan også formidle sine opplevelser rundt det barna gjør i musikkterapien. Foreldre og barn gis tid til å snakke seg imellom i musikkterapitimene. Informant C understreker at foreldrene kjenner ungene best og kan vite når og om det er bra å "pushe" dem. Når små barn eller barn med



funksjonshemming ikke har språk, fremhever informant B og C også at foreldrene kan hjelpe og tolke hva som er greit og formidle hva barna liker. Noen foreldre er veldig med og oppmuntrer, motiverer og utfordrer barna opplever informant C. Informant A trekker fram et eksempel med en 15-åring hvor moren så, anerkjente og bidro.

*A: Underveis så var hun med i å se og anerkjenne hva den femtenåringen opplevde. Så det er jo en form for involvering, men da spilte ikke mor selv på akkurat det her eksempelet. (...) Når vi var bare i enetimer med mor, så skjedde det en utvikling i henne (jenta) [i] å bli mer åpen og velge seg sanger som spesifikt aktualiserte hvor hun var. Og der var mor med inn i den type samtale om hva som betydde noe for jenta, hva de gjorde hjemme med søsken, komme inn med den sammenhengen som jenta kom ifra. Men også med sine opplevelser rundt hva jenta gjorde sånn at det ble en dynamikk mellom mor og datter der de fikk et rom for den utforskinga av det jenta gjorde.*

Alle informantene forteller om foreldre som er **musiske deltakere** og spiller, synger eller danser i individuelle musikkterapitimer og grupper, alene eller sammen med barnet. Informantene nevner også foreldre som ikke tør å spille eller vegrer seg for å synge, men en del er aktivt med musikalsk. Informant C bruker rytmeleker i individualtimer, hvor barn, foreldre og musikkterapeut lager lyder etter tur som de andre hermer etter. Foreldre deltar også i improvisering, gjerne med et instrument som rammer inn det barnet spiller. En av informantene trekker fram et tilbud hvor det er åpen mikrofon og hvor flere foreldre har sunget. Informant C viser også til at foreldre kan være deltagende musisk når barna ikke har muligheten.

*C: (...) og noen ganger så spiller jo bare jeg og foreldre òg, hvis ungene er kjempedårlige. At en kan sitte og spille eller synge litt, litt etter hva som er behovet til barnet.*

Foreldrene kan være **målgruppe** eller en del av målgruppa for musikkterapien. Flere av informantene forteller om musikkterapitimer hvor formålet er å observere, kartlegge eller styrke samspeillet mellom foreldre og barn. Informant B bemerker hvordan sykehusopphold for små barn kan bli et uromoment i foreldre-barn-tilknytningen, og informant C tenker at det er spesielt viktig å styrke foreldre-barn-relasjonen når sykehusoppholdet blir langvarig for barn under ett år. En av informantene har et eget musikkterapi tilbud til foreldre parallelt med et tilsvarende tilbud til barna, og sier at dette har innvirkning på relasjonen mellom barna og foreldrene. En annen av informantene har ikke et eget foreldretilbud, men sier at dette kunne vært aktuelt for eksempel for foreldre til barn rammet av kreft.

Alle informantene gjengir tilfeller hvor foreldrene fungerer som **bindeledd** til barnas hverdag før og imellom musikkterapitimene. Noen foreldre oppfordrer barna til å spille før timene, og informant C tenker at det er positivt med motivasjonen barna får selv om det ikke legges opp til øving fra musikkterapeutens side. Informant A opplever at foreldre bringer inn sammenhengen som barnet kommer fra og formidler i musikkterapien hva de har fortsatt med og fått av nye ideer mellom timene, og informant C viser til foreldre som hjelper barna med å finne sanger mellom timene.

Foreldre kan i etterkant av musikkterapiprosessen ha rolle som **viderefører** av musikkterapien eller elementer fra timene. Informant B forteller om en mor som ville lære seg sangene som var brukt mye i musikkterapien på gitar. Foreldre hos informant C har selv kjøpt instrumenter som gitar og sjøtromme fordi de ser gleden barna har av de i musikkterapien. Det er foreldre som har sunget sanger sammen med barna hjemme i etterkant av alenetimer de har hatt, noe som kan gi godt samspill på hjemmebane. Flere av informant C sine pasientforeldre er opptatt av å videreføre instrumentopplæring eller annet musikkterapitilbud i etterkant, og informanten forklarer her at det ofte er foreldrene som må ta initiativ fordi det er lite rammer som viderefører musikkterapitilbudet som er gitt på sykehuset.

Som vi har sett kan foreldre ha mange roller både i forkant og etterkant og når de er inkludert i selve musikkterapisesjonene. Jeg vil i de følgende underkapitlene presentere hva informantene uttrykker rundt funksjoner foreldreinkludering kan ha for de ulike aktørene; foreldrene, barna og musikkterapeuten.

#### **4.2.2 Foreldreinkluderingens funksjon for foreldre**

I intervjuene omtaler informantene mange funksjoner foreldreinkluderingen kan ha for foreldrene. De snakker om hvordan musikkterapien kan støtte foreldrene og foreldre-barn relasjonen, hvordan foreldrene får innspill til hva de kan gjøre med og for barna, at musikkterapien kan minne foreldrene på ressursene barnet har, hvordan foreldrene gjennom musikkterapien kan få noe for sin egen del og ikke bare for foreldrerollen, og hvordan deltagelse i musikkterapien sammen med barnet kan ha en funksjon i etterkant når barn ikke overlever.

Informantene uttrykker at det er en viktig del av musikkterapien å støtte foreldrene og å knytte foreldre og barn sammen, noe som skjer på ulike måter. Foreldre med barnet på fanget forteller om eller synger sin musikk, og informant A tenker at dette kan styrke foreldrene og foreldre-barn-relasjonen. Både informant A og B nevner flere eksempler på at en gjennom musikkterapien kan trygge foreldrene i samspillet med barna. Musikkterapeuten kan vise foreldre gode måter å være sammen med barna på, selv om barna på grunn av alvorlig sykdom er bundet til ledninger og maskiner. Når de har inne relasjonsproblematikk, kan musikkterapi brukes til observasjon og kartlegging, og til å gi foreldrene stimuli til foreldre-barn-samspillet. Informant A uttrykker her at musikk har en annen mulighet enn mye annet til å oppdage ressursene og trygge foreldrene. Musikkterapeuter kan også styrke det positive ved å gi foreldrene tilbakemeldinger.

*B: Da synes jeg og det er viktig å si for eksempel at "den fineste stemmen de kan høre er stemmen din". At man sier sånne banale [ting], men så ser du at de bare vokser på det. Eller man kan [si] "speile er du god til" og "ser du hvor fint han så på deg nå" (...) eller "der ser jeg han er trygg og god". Det er så lite som skal til for å styrke opp om det positive. Og alle foreldre tror jeg setter pris på det, fordi det ofte ikke er det som er fokuset på sykehuset.*

Informant A er opptatt av hvordan helsevesenet kan passivisere foreldrene selv om de har en holdning til at foreldrene er barnas nærmeste. Foreldrene kan være i sjokk og krise, og på institusjon er personalet og behandlerne mer hjemme enn familien. Det er da viktig å gi foreldrene tilbake ansvaret, og informant A har blant annet fokus i musikkterapien på å intervensere dialog mellom foreldrene og barnet og på å inspirere foreldrene som igjen kan inspirere barnet.

Flere av informantene forteller at foreldrene i musikkterapien får innspill til aktiviteter og annet de kan gjøre sammen med eller for barna på egenhånd på sykehuset eller hjemme i etterkant. På isolat kan foreldre og barn få tips til hva de kan gjøre sammen med de avgrensede ressursene som er der.

*I: (...) har [du] erfaring med at foreldre bruker elementer eller tips/ teknikker fra musikkterapien i senere interaksjon?*

*A: Ja (...) det gjelder jo generelt, men hvis jeg skulle ta et spesifikt eksempel på det så er det når barna er isolert. Når de for eksempel har stamcellebehandling som går over flere uker, og måten jeg da er inne i løpet av uka gjentatte ganger, hver dag jeg er på jobb, i samarbeid med leketerapeuten. Der er alltid foreldrene til stede i de musikklekene vi der utvikler, både knyttet til her og nå når det skjer, men like mye orientert [til] etter. Foreldrene og barnet får inspirasjon til noe de kan gjøre ellers i*

*døgnet, da det døgnet i så stor grad er isolert fra der de ellers bruker å leke, der ellers relasjonen bruker å utfolde seg på vante steder.*

*I: Ja, for da er de isolert på et rom og har ikke muligheten å gå ut av det rommet?*

*A: Nei, og det er helt begrenset hva de har inne på rommet som de kan bruke.*

Informant B gjengir et eksempel med en baby hvor foreldrene først ikke fikk være sammen med barnet på grunn av infeksjonsfare. Foreldrene verdsatte det musikkterapeuten hadde gjort og ønsket å videreføre dette.

*B: Men han roa seg veldig til musikk. Da inkluderte jeg jo moren i timene som jeg var sammen med dem og fortalte litt hva vi hadde gjort før. Og hun satte veldig stor pris på det og (...) jeg tror de synes det var helt fantastisk at noe var blitt gjort som bare var hyggelig for han, mens de ikke kunne gi han det de ville gi han. Og få lov å være med på - for da viste jeg hvordan de kunne få låne et egg for det likte han så godt, og hvordan han bevegde seg. Jeg så også at han kom seg veldig over de ukene, og det tror jeg ikke de hadde lagt merke til. Så de ble veldig glad for å høre det jeg la merke til i samspillet mellom dem, fordi jeg tror de var så slitne og i krise at det at noen andre ser positive ting da satte de veldig pris på. Og mammaen hadde lyst til å... Jeg hadde jo noen sanger som jeg spilte for han mye, og hun ville lære seg det på gitar, og vi skrev ned de akkordene og sangene. Så de ble veldig engasjert. Men det var jo også mye fordi de så så tydelig hvilken nytte han hadde av det.*

Flere av informantene snakker om at foreldrene gjennom musikkterapi kan bli minnet på de ressursene barnet har selv om det er sykt. Foreldre kan i sykehussituasjonen bli litt "blindet" av sykdommen, og informant C tenker at det er viktig for dem å huske hvordan barna var når de var friske og å se barna motiverte og glade.

*I: Hvordan tror du foreldrene opplever det å være inkludert?*

*C: Jeg tror det betyr mye for dem og, det at en er i en likeverdig relasjon. Det å se ungene i en helt annen situasjon og se de smile, være motiverte og bryte ut i latter i spillingen. Og kanskje i improvisasjon se hva de får til eller om de lærer seg et instrument og kunne se nye sider ved barna. (...) At det kan gi positive opplevelser som de har hatt sammen [og kan] ta med seg sammen, tror jeg absolutt kan bety noe.*

En av informantene har musikkterapiprosesser innen psykisk helsevern hvor foreldrene ikke er inkludert i selve musikkterapien men får komme på konsert i avslutningen av prosessen. Sykehussituasjonen kan her være utrolig tøff også for foreldrene, og foreldre har i etterkant fortalt hvor mye det har betydd for de å se barna i en ny situasjon og se hvilke ressurser de har og hva de får til.

I tillegg til verktøy til hjelp som foreldre, kan foreldrene også få noe for sin egen del gjennom musikkterapien. Informanten som har et eget foreldretilbud i musikkterapien uttrykker at dette

er til hjelp både for foreldrene selv og for relasjonen foreldrene har til barna. Tilbudet er noe foreldrene prioriterer høyt og de reagerer når det kommer kolliderende møter.

*Informant: Det kan bli kollisjoner i forhold til de andre, men det blir reagert på fordi - det her er et frivillig tilbud for dem, men det er en høy grad av deltakelse og de sier at de trenger det. (...) De sier blant annet at de får nye ideer på problemløsning men og at de får mer energi, kjenner seg mer uthvilt, beredt (...) - henter krefter rett og slett.*

Informant C uttaler at det ikke kun er for barnet at foreldrene er med i musikkterapien.

*C: Hvis det er et sterkt behov fra en av foreldrene om en sang, så går det jo fint an at barnet er med og spiller på den sangen og - det tenker jeg ikke gjør noe så lenge ikke det blir for mye fokus på foreldre. For jeg tenker da de er viktige for foreldrene og, timene, det er ikke kun for barnet at foreldrene er med. Det handler om at de skal kunne gjøre noe sammen i en vanskelig situasjon, at de har felles opplevelse som oftest er positiv. (...) Så det tenker jeg for mange kan være veldig viktig å være med [på].*

*I: For mange foreldre eller barn eller begge deler?*

*C: Ja, for mange foreldre så kan det være veldig viktig. Hvis barnet selv ikke har veldig stort behov for at foreldrene skal være med, men ikke har noe til eller fra, men jeg ser at foreldrene kan ha behov for det, så tenker jeg det kan være viktig at de er med. Men det er jo en avveining alltid det og.*

Å ha deltatt i musikkterapien kan også ha en funksjon for foreldrene i etterkant når barna ikke overlever sykdommen. Foreldre som har vært inkludert i musikkterapiforløp har spurt informant A om å delta i begravelsen til barnet med sanger fra musikkterapien. Informant B viser til at film som foreldre tar i musikkterapien kan ha betydning spesielt for foreldre som mister barna sine.

*B: Nå er det mange som filmer, så det er mange som sier at de ser ofte på video av en av sesjonene som vi har hatt sammen, at det har vært [en] fin ting (...), at det har betydd mye. Og at det er bare de sangene de vil synge om og om igjen, eller at de vil bare se på den filmen fra sykehuset eller at de viser det fram til besteforeldre. Og spesielt kanskje hvis noen barn har gått bort (...), at de ikke har klart seg, så har det vært en viktig ting hjemme igjen, som foreldrene sier at de har satt pris på.*

#### **4.2.3 Foreldreinkluderingens funksjon for barn**

I denne underkategorien vil jeg presentere funnene jeg har gjort med tanke på hvilken funksjon foreldreinkluderingen kan ha for barna. Informantene uttrykker at foreldrenes deltakelse i musikkterapien har en funksjon for barna når det gjelder å få inn normalitet i sykehushverdagen, gi barn og foreldre mulighet til å møtes på likeverdig plan, at foreldrene er med på barns premisser og styrking av tilknytningen mellom barn og foreldre. Jeg vil her gå nærmere inn på disse fire sidene ved foreldreinkluderingen.

Musikkterapi kan bringe normalitet inn i en sykehushverdag, og dette kan være viktig for barna og for foreldre-barn-relasjonen. Informant C sier at musikkterapeutimen kan være en litt bekymringsløs stund for alle, hvor barna ser foreldrene sine glade og litt ute av den bekymrede foreldrerollen. Det er også viktig for barna å ha normale øyeblikk sammen med foreldrene i en ellers ikke så normal hverdag, uttaler informant B. Det er til fordel for barna å ha lykkelige foreldre, og foreldre som opplever mestring og kontakt.

*I: Når foreldrene inkluderes, tenker du at det er for barnets og/eller foreldrene sin skyld?*

*B: Eh - egentlig for familien sin skyld som helhet, tror jeg. Det er jo alltid barnet vi tenker på, men jeg tenker at hvis barnet har lykkelige foreldre, eller hvis foreldrene opplever mestring og kontakt, så er det til fordel for barnet igjen. Og vi ser jo at det å legge til rette for positive opplevelser sammen, at barn og foreldre gjør noe som de synes er hyggelig sammen, er kjempeverdifulle i en hverdag som er tatt helt ut av normal[en]. Det er ingenting som er normalt, og så plutselig kan et sånt øyeblikk bli noe normalt. Og det får vi stadig tilbakemelding på at har betydd mye, eller at det har vært viktig. Og jeg tror også det er viktig for barna å se foreldrene slappe av og være som de pleier. Det er jo pasientene, altså barna, vi er der for, men det er veldig vanskelig å se barna alene fordi foreldrene er så nært knyttet til barna.*

Det at musikkterapien gir barna og foreldrene en mulighet til å møtes på likeverdig plan er noe informant C snakker mye om, og informant B uttrykker at opplevelsen av fellesskap i samspillet er kanskje det viktigste med å inkludere foreldrene. Når barna er syke opplever de ofte at foreldrene må tilrettelegge mye og gjøre alt for dem. Det kan da være bra å være i en gjensidig relasjon gjennom musikkterapien hvor begge opplever at de blir sett og hvor de spiller på hverandres innspill. Det er viktig å ha et samspill som handler om annet enn syk/ ikke syk.

*C: Det kan være veldig viktig å møtes litt på en lik linje, altså at de i musikken kan mer få et samspill som ikke handler om syk eller ikke syk. At de der har like ressurser. Og det gjelder jo og med - jeg har hatt med hele familier, med både mor og far og alle søsknene. De har kommet til sykehuset for musikkterapeutimen. De har sett at det betyr så mye både for barnet men og at de selv synes dette her er så viktig.*

Det kan bety mye for barna at foreldrene er med på deres premisser. Informant C uttaler at det kan være viktig å få se foreldrene sine i en ny situasjon, se nye sider og få frisk pust inn i rommet. Informant B tror spesielt de yngste barna opplever at det er fint å kunne leke med foreldrene i musikkterapien og nevner at det er stas for barna når foreldrene for eksempel spiller tromme.

I forrige underkategori ble foreldreinkluderingen presentert å ha en funksjon for foreldrene når det gjelder å knytte barn og foreldre sammen. Dette er en viktig funksjon for barna også. Sykehusinnleggelsen kan være et uromoment i tilknytningen for små barn.

*B: Når barn blir alvorlig syke, og hvis de da er veldig små, så kan jo det være en potensiell fare - eller ikke fare, men et uromoment i tilknytningen, fordi det er mange andre som må passe på og det er mye vondt som skal skje, og ting får ikke gå sin naturlige gang. Da tenker jeg det er ekstra viktig det å komme inn og styrke det da man kan det. Og der synes jeg musikkterapi er fantastisk nøytral og positiv eller ressursorientert tilnærming til det å minne på litt hva man kan gjøre og spille det fine som skjer til tross for alt det andre.*

Informant B trekker også fram at musikkterapien kan bygge videre på det som er kjent for barnet og det barnet og foreldrene har gjort sammen før, og at dette er en styrke.

#### **4.2.4 Foreldreinkluderingens funksjon for musikkterapeuter**

I de forrige underkategoriene har jeg presentert funksjonen foreldreinkluderingen har for foreldrene og barna. Å inkludere foreldrene i musikkterapien kan være en ressurs på flere måter også for musikkterapeutene, blant annet med tanke på hjelp til å få barna med i musikkterapien og tolking av signaler når barna ikke har språk. Det foreldrene tilfører en time kan være både givende og utfordrende for musikkterapeuten. Å ha musikkterapi med barn og foreldre i sykehussettingen kan gi musikkterapeuten sterke og fine opplevelser.

Informantene trekker fram at det er fint å få hjelp fra foreldrene når de prøver å finne felles møtepunkt, ved at foreldrene sier hva barnet kan eller kjenner til fra før. Hvis barna er dårlige kan foreldrene fortelle hvordan de har det og hva som kan være bra å spille. Det å kunne spille på foreldre for å få med barna og at foreldrene deltar gir noe til situasjonen, og informant C sier det utgjør stor forskjell i forhold til å ha foreldre i rommet som bare observerer. Foreldrene vet bedre når og om en kan "pushe" barna, det vil si motivere de litt ekstra til å være med og spille.

*C: Det er jo de som kjenner ungene best. Om de tenker at dette kan være noe, det vet jo ikke jeg før jeg kommer inn i et rom, men hvis ungene da sier tvert nei så er det vanskelig for meg å vite. Det hjelper veldig hvis foreldrene er med og motiverer de, det gjør det absolutt. Det gjelder jo og i forhold til det at de er med og spiller. Foreldrene er ofte en kjemperessurs i timene og som utfordrer de litt og som vet hvor en kan "pushe" de litt bedre, i alle fall i de første timene.*

Hvis barna ikke kan snakke selv fordi de er for små, har hatt operasjoner eller har funksjonshemminger har foreldrene en viktig funksjon. Informant C har noen ganger savnet å ha med foreldre når det er timer med barn med multifunksjonshemming, og både informant B og C viser til at foreldrene her kan være med og tolke signaler og situasjoner. Hele sesjoner kan spilles rundt foreldrene og deres innspill.

*I: Er det noe ressurs du ser for deg som musikkterapeut?*

*B: Å ha foreldrene med, ja, absolutt. Det er det ofte og, for noen ganger er de inne kort og da er det veldig fint å ha foreldrene der som ressurs i forhold til å si hva barnet kan og kjenner til fra før, sånn at vi kan spille på det de kan fra før. Og spesielt hvis de ikke kan snakke så er jo foreldrene en uvurderlig ressurs for da slipper man å lete seg fram selv. Og ikke minst (...) på nevrokirurgen så har barna operert ut store svulster og vi vet at det er viktig å stimulere kjente ting da, eller [det] gir de ofte en god ramme for å komme seg. Da er det foreldrene vi spør og snakker med, og da er det ofte de jeg spiller sesjonen rundt selv om barnet er der. Da er jo de en stor del av det, fordi barnet ikke kan si noen ting eller respondere på noen måte. Og ofte med multihandikappede pasienter så er det (...) noe med å få informasjon i forhold til "hva betyr det?" eller "hvordan tolker jeg denne oppførselen?" eller "hva tåler de?". Det er mye informasjon rett og slett for å legge til rette så det skal bli best mulig for barnet. Så de er en stor ressurs for oss, absolutt.*

Det å ha med foreldrene kan tilføre noe ekstra eller skape en ekstra dimensjon til timene, og dette kan være både positivt og negativt. Informant C merker at en ikke har den ekstra å spille på i alenetimer. Å ha foreldre med kan gi masse energi til timen. Samtidig kan foreldre kreve mye i timene og ta mye fokus, og da kan det være informantens tar neste timen med barnet alene. Foreldrene kan også tenke at det skal handle om å prestere eller de har en mer pedagogisk rettet holdning og dette synes informant B kan være vanskelig å veilede på over tid og sier at da kan det være fint å la barna ha timene i fred. Informant C kan også kjenne på eget prestasjonsbehov.

*I: Kan du si noe om hvordan du opplever det som musikkterapeut å inkludere foreldre eller når foreldrene er inkludert?*

*C: Som musikkterapeut så kan det gi en ekstra utfordring til timen med det å stenge ute prestasjonsfokus. Klienten eller pasienten er barn og samtidig så skal en ha en relasjon til den voksne, og en har litt forskjellig prestasjonsbehov i forhold til voksne enn for barn. At en klarer å stenge ute den dimensjonen. (...) Hvordan jeg presterer i timen. At en bare må ha fokus på barnet, og om musikken ikke er det foreldrene liker eller om en føler at en gjerne ikke spiller så bra som en skulle ha spilt... (...) Det har jeg bare lært meg til, at her er det barn som er i fokus, og om foreldrene tenker noe om det som skjer så får de tenke det. Det skaper en ekstra dimensjon til timene, det gjør det absolutt. Og det er jo bare bra å skjerpe seg, det er ikke det jeg tenker, men at*



*en ikke blir så opphengt i at en blir observert eller i at det er en tredjepart i rommet, at en klarer å stenge det litt ute. Det tenker jeg er viktig.*

Jeg vil avslutte med at det å ha foreldrene inkludert i musikkterapien kan gi musikkterapeutene glede og sterke, fine opplevelser. Informant B deler et eksempel på dette.

*I: Hvordan opplever du som musikkterapeut det å inkludere foreldre?*

*B: Jeg synes det er veldig fint og noen ganger veldig sterkt, kanskje spesielt med de aller minste og spebarn - det å bringe de sammen med musikk. Da synes jeg også musikken noen ganger blir sterk. Det er en fin opplevelse når det funker, for det gjør det jo ikke alltid. Og det å være den som er med på å legge til rette for at de får en god opplevelse sammen. Når du ser den kontakten som skapes av musikken, så synes jeg det er flott, spesielt på sykehuset hvor man ofte ikke har det sånn ellers. Spesielt på intensivsynes jeg det er sterkest, det at de får ha barnet på fanget, for det får de kanskje bare lov til en halvtime om dagen. Man er med på de øyeblikkene der hvor man kanskje glemmer seg litt bort. De får se barnet gjøre vanlige ting, det skal ikke få medisiner, det er ikke noe vondt som skal gjøres. Det er det jeg synes er fantastisk med å jobbe med barna - de er så i øyeblikket, så de glemmer alt det andre når de da får lov å spille tromme. Og det å se den gleden og hvordan de benytter seg av de mulighetene som blir lagt til de ofte. (...) Det er en viktig del det å knytte de sammen. Jeg synes det er veldig fint å få være med på.*

## 5.0 Diskusjon

Før jeg presenterer temaene for diskusjonen vil jeg kort oppsummere funnene i analysen. I den første hovedkategorien, *Avgjørelsen om foreldreinkludering*, valgte jeg først å framstille ulike forutsetninger og andre begrunnelser som informantene uttrykker at kan påvirke avgjørelsen om foreldreinkludering. Her trekker informantene fram foreldrenes tilgjengelighet, sted, barnas alder, etiske perspektiver, barnas trygghet og det relasjonelle. Jeg presenterte videre tilfeller hvor det er spesifikt hver av aktørene, barna, foreldrene eller musikkterapeutene, som kan sies å ta valget om foreldrene skal inkluderes. Videre pekte jeg på at det i mange tilfeller ikke er noen "absolutter", men at avgjørelsen om foreldreinkludering blir tilpasset situasjonene og preget av det dynamiske og uforutsigbare sykehusmiljøet. Det er forløp hvor en veksler mellom direkte foreldreinkludering og timer uten foreldre, og avgjørelsen er gjerne en avveining mellom de ulike aktørenes behov og mellom ulike formål.

Den andre hovedkategorien, *Foreldreinkludering i praksis*, ble startet med en oversikt over ulike roller foreldrene kan ha i musikkterapien. Informantene uttalte at foreldrene kan være de som oppsøker musikkterapien for sitt barn og de kan være samtalepartnere i forkant/ etterkant. Når de er direkte inkludert i musikkterapien, kan de være observatører og trygghetsskapere, de kan være tilretteleggere for barnas deltagelse, være samtalepartnere underveis i musikkterapien og der bidra med innspill og ideer, og være musiske deltakere. Foreldre kan også være målgruppe for musikkterapien. Foreldre kan fungere som bindeledd til barnas hverdag før og imellom musikkterapitimene, og som viderefører av musikkterapien eller elementer derfra i etterkant av prosessen.

Videre i hovedkategorien *Foreldreinkludering i praksis* tok jeg for meg funksjoner foreldreinkluderingen kan ha for foreldrene, barna og musikkterapeutene. Informantene uttrykte at foreldreinkludering i musikkterapien kunne støtte foreldrene og relasjonen de har til barna og gi innspill til ting de kan gjøre for og med barna. De viste også til hvordan musikkterapien kan hjelpe foreldrene til å se de ressursene barna fortsatt har, at foreldrene kan få noe for sin egen del gjennom å være inkludert i musikkterapien, og hvordan musikkterapien kan være til støtte for foreldre ved barns bortgang. For barna uttrykte informantene at foreldreinkluderingen i musikkterapien kunne bringe normalitet i sykehushverdagen og gi barna og foreldrene en mulighet til å møtes på et likeverdig plan. I

musikkterapien kan det være bra for barna at foreldrene er med på deres premisser, og foreldreinkluderingen kan styrke tilknytningen mellom barna og deres foreldre. For musikkterapeuten selv kunne foreldreinkluderingen være en ressurs spesielt ved det å få barna med i musikkterapien og ved tolking av signaler fra barn uten språk. Foreldrene kan tilføre både ressurser og utfordringer til timen for musikkterapeuten, og det å ha foreldrene med kan gi musikkterapeuten sterke og gode opplevelser.

Det var mye som kunne trekkes frem fra intervjuene og analysen av disse. Jeg har valgt å ta for meg temaer som jeg opplevde kom klart frem i intervjuene og analysen og som jeg så på som aktuelle ut fra problemstillingen jeg har valgt for denne studien: Hvordan opplever musikkterapeuter som jobber med barn på norske sykehus foreldreinkludering, og hvilke faglige vurderinger danner grunnlaget for om de velger å inkludere eller ikke? Jeg vil her belyse temaene med elementer fra litteratur og teori, og jeg vil også legge vekt på egne refleksjoner i diskusjonen.

## **5.1 Foreldreinkludering – et valg?**

Den første hovedkategorien i analysen omhandlet avgjørelsen om foreldreinkludering. Et av temaene som jeg nå ønsker å gripe fatt i fra analysen, er om foreldreinkludering er et valg i musikkterapi i pediatri, og i så fall hvordan. I analysedelen valgte jeg å ha en underkategori som blant annet omhandlet strukturelle forutsetninger (4.1.1) og en som omhandlet aktørens valg (4.1.2), og jeg vil her se på dette i lys av blant annet rammeverket som musikkterapeuter i pediatri jobber innenfor. Er det forutsetninger eller reglement som styrer avgjørelsen om foreldreinkludering? Kan musikkterapeuten velge om de skal inkludere eller ikke inkludere foreldre? Kan barna velge om foreldrene skal være inkludert? Kan foreldrene selv ta avgjørelsen om å være inkludert?

En forutsetning for at direkte foreldreinkludering skal kunne være en mulighet er at foreldrene er tilgjengelige når musikkterapien gjennomføres. Som nevnt i 3.1.1, ser vi i *pasient- og brukerrettighetsloven* (1999) og *arbeidsmiljøloven* (2005) at barn har rett til å ha foreldrene sammen med seg på sykehuset og foreldrene har rett på permisjon. I de fleste tilfellene skal det da i utgangspunktet være mulig at foreldrene er til stede på sykehuset når det gjelder barn opp til 12 år, og for barn mellom 12 og 18 med kronisk, langvarig eller alvorlig sykdom eller

nedsatt funksjonsevne. Dette samsvarer også med informantenes erfaringer, da de uttrykker at de ofte møter barna sammen med foreldrene.

Økonomisk sett skal det også ligge til rette for at foreldre skal kunne være på sykehuset sammen med barna, ut fra arbeidstakeres rett til å motta omsorgspenger og folketrygdmedlemmers rett til å motta pleiepenger ved pleie/tilsyn med sykt barn i helseinstitusjon (Folketrygdloven, 1997). Her samsvarer aldersgrensene med grensene for permisjonsrett. For pasientgruppa barn over 12 år som ikke har kronisk, langvarig eller svært alvorlig sykdom eller nedsatt funksjonsevne, har foreldre tilsynelatende ikke rett på permisjon eller omsorgs-/pleiepenger, så her kan foreldres tilstedeværelse være mer avhengig av foreldres arbeidssituasjon og arbeidsgiver, og familiens økonomi. Samtidig viser Ærø og Aasgaard (2011) til at en også for familier med alvorlig sykt barn kan finne økonomi blant utfordringene de står overfor på bakgrunn av sykdommen.

Informantene viser også til tilfeller hvor foreldre ikke er tilgjengelige. Her er det utdypet at foreldrene er opptatt i andre møter på sykehuset, at barnet følges av sammenhengen de er i på dagtid eller at barna er innlagt eller behandles uten foreldre til stede. Her er det ikke fra informantenes side utdypet videre årsaker til dette – om foreldrene her har gjort et valg i det å ikke være tilgjengelig eller om det er strukturer rundt som påvirker dette i sterk grad. Ved ungdommer i psykisk helsevern viser informantene til at foreldreinkludering ikke er et alternativ på samme måte som på andre poster siden de er innlagt alene.

Jeg har nå sett på noen årsaker og tilfeller hvor direkte inkludering av foreldre ikke er mulig, og noen forutsetninger som ligger til grunn for at direkte inkludering ofte er mulig. Når forutsetningene er til stede og foreldrene er tilgjengelige, er foreldreinkludering da et valg, og hvilke premisser ligger i så fall til grunn for hvem som tar det valget?

En av informantene viste i forbindelse med intervjuet til *forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (2000). Der står det blant annet at "foreldre skal ha mulighet til å være til stede under behandlingen hvis barnet ønsker det og det ikke vanskeliggjør behandlingen" (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 6, 2000). Om musikkterapeutene tenker at musikkterapien de utfører i alle tilfeller går under behandling, er et spørsmål som ikke ble tatt opp i intervjuene, men vi ser blant annet at informant B og C betegner barna som sine pasienter, og en av informantene snakker om tilfeller når vedkommende er behandler og

kobehandler. Ærø og Aasgaard (2011) viser blant annet til at musikkterapi nevnes som behandlingstiltak i sammenheng med den nye nasjonale kreftplanen. Thorgersen (2015) viser til at innen psykisk helsevern i pediatri er behandling blant aktuelle arbeidsområder for musikkterapeuten. Mangersnes (2012) presiserer at musikkterapeuter på sykehus forholder seg til rammevilkårene på avdelingene. Jeg tenker at forskriften er relevant å forholde seg til i denne sammenhengen, både fordi en del av musikkterapien direkte kan betegnes som behandling, og fordi forskriften sier noe om rammevilkårene for avdelingene og hvordan sykehuspersonalet bør forholde seg til barnas foreldre.

Utdraget fra forskriften starter med at "foreldre skal ha mulighet til å være til stede". Vi ser i 4.1.2 at alle informantene viser en åpenhet for at foreldrene skal få velge om de vil være inkludert i musikkterapien og i så fall hva de vil gjøre/ hvilke roller de vil ha i timene. Dette siste kan kanskje ses i lys av at forskriften også nevner personalets plikt til å avklare hvilke oppgaver foreldre vil og kan gjøre mens de er hos barnet. En frivillighet i grad av deltakelse fra foreldre kan også være en forutsetning for godt samarbeid mellom musikkterapeut og foreldre for å støtte barnet, som er pasienten, på best mulig måte.

Det at barnet i en del tilfeller kan ta valget om foreldrene skal være der, underbygges i forskriften med "hvis barnet ønsker det". Informant A uttrykker at hvis barnet vil ha foreldrene til stede, så er det fint. Informantene viser også til flere tilfeller hvor barn konkret ytrer et ønske om å ha foreldrene til stede i musikkterapien eller konkret ønsker at de skal gå ut. I flere av disse nevnte tilfellene blir barnas ønsker etterfulgt, og det kan da sies å ha vært et valg og at det til en viss grad er barna som har tatt dette valget.

Informant B viser også til tilfeller hvor barnet velger å ha forelderen der eller forelderen selv velger å være der mens musikkterapeuten ville valgt annerledes. Utelukker da et valg for barnet eller forelderen et valg for musikkterapeuten? I hvilken grad er det et valg for musikkterapeuten å etterkomme barnets eller forelderens ønske?

Musikkterapeutene kan velge å følge barnas eller foreldrenes ønsker, men kan også gå imot disse med bakgrunn i forskriften, hvis de ser at det å ha forelderen der vanskeliggjør behandlingen. Informantene begrunner også tilfeller hvor de velger å ikke inkludere foreldre med at det forstyrrer eller hindrer hvis de er til stede. Når informant C har erfart at foreldre er uengasjerte eller at de tar fokus fra barnet, er det tilfeller hvor informanten velger å ta den

neste timen med barnet alene. Dette kan også ses i tråd med det Sobey (2008) uttrykker om at det ikke alltid er en fordel å ha foreldre inkludert i timen, og at det kan være behov for å gå fra foreldreinkludering til time alene med barnet i en musikkterapi prosess. Informantene viser også til at når det gjelder eventuell foreldreinkludering kan det være en avveining mellom behovene hos de ulike aktørene og mellom ulike mål for musikkterapien. Her kan barnets behov veie tyngre enn forelderens i noen tilfeller, da barnet er pasienten og den som genererer og har rett på musikkterapien.

Informantene viser også til at de kan velge å inkludere foreldre i større grad enn forelderens gir uttrykk for å inkludere seg selv. Jeg tenker at dette kan ses i sammenheng med at musikkterapitimene er dynamiske, og at en underveis må se an både barn og foreldre med tanke på hvordan en forholder seg til aktørene og også med tanke på i hvilken grad en som musikkterapeut inkluderer forelderens innad i timen. Å inkludere forelderens mer enn forelderens tilsynelatende inkluderer seg selv, trenger ikke nødvendigvis innebære å gå imot forelderens ønske, men kan være en måte å møte forelderens usikkerhet på. Å være foreldre til barn på sykehus er som vist i 2.1.2 en krevende situasjon på mange måter, og det kan innebære mye nytt å forholde seg til. Informant B uttrykker også at foreldre kan være usikre, og at musikkterapeuten da kan veilede forelderens konkret i hvordan den kan delta i musikkterapien.

En av musikkterapeutene har et eget musikkterapi tilbud rettet mot foreldrene uten at barna er til stede. *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (2000) § 6 påpeker at mens barnet er på sykehuset skal også foreldre være tilbudt kontakt med "sosionom, psykolog og/eller annet støttepersonell". Dette betyr at sykehusene er pliktig til å ha et tilbud for foreldre. Hvilken måte sykehusene skal oppfylle denne forskriften på, står ikke spesifisert der, men informantenes erfaringer vist i blant annet 4.2.2 tyder på at musikkterapeuter kan være støttepersonell for foreldre, både gjennom egne foreldretilbud og ved inkludering i musikkterapi sammen med sine barn. Dette kan ses i tråd med blant annet Bull (2008) og Aasgaard (2004) sine erfaringer om hvordan foreldreinkludering og foreldretilbud innen musikkterapi kan støtte foreldre.

Er foreldreinkludering i musikkterapi i pediatri et valg? For å oppsummere kan det virke som foreldreinkludering i noen tilfeller ikke er en valgmulighet. I mange tilfeller ligger forutsetningene til rette for at foreldreinkludering er en mulighet. Her kan en ut fra blant annet

*forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (2000) begrunne valg tatt av både foreldre, barn og musikkterapeut angående om foreldrene skal være inkludert i timen, og hvordan de skal være inkludert. Et valg tatt av en av aktørene kan utelukke en av de andre aktørenes valgmulighet, men det kan også være rom for dynamikk aktørene imellom når det gjelder grad av inkludering. Når det gjelder et støttetilbud til foreldre, kan ikke sykehuset ut fra forskriften velge om dette skal gis, men formen på dette tilbudet er ikke spesifisert her. Både informantenes og andre musikkterapeuters erfaringer tilsier at musikkterapeuter kan være støttepersonell for foreldre, og det er tenkelig at musikkterapi i flere tilfeller kan fungere som et slikt støttetilbud for foreldre.

## **5.2 Foreldrene som barnas nærmeste versus barns autonomi**

Alle informantene uttrykte en bevissthet rundt at foreldrene er barnas nærmeste eller at de er nært knyttet til barna. At foreldrene er barnas nærmeste blir også bekreftet av lovene og forskriftene som er referert i kapittel 2.1.1, og i sykehusenes tilrettelegging for at foreldrene skal kunne være i barnas nærhet døgnet rundt referert i 2.1.2. Både Bowlby i sin tilknytningsteori og Winnicott understreker barnets behov for nære omsorgspersoner (Hart & Schwartz, 2012). Winnicott viser til at barn trenger et tett forhold til sin mor for å kunne utvikle seg på en god måte. Bowlby uttrykker at tilknytningsmekanismene ikke bare gjelder små barn (Hart & Schwartz, 2012). Når er foreldreinkludering rett og viktig ut fra at foreldrene er barnas nærmeste, og når skal barns autonomi vektlegges som begrunnelse for å ikke inkludere foreldre i musikkterapien? Er dette noe som bare avgjøres av alder?

Et av hovedfokusene for musikkterapi i pediatri og familiesentrert musikkterapi generelt er foreldre-barn tilknytning, og styrking av foreldre-barn tilknytning kommer også fram i analysen som en av funksjonene musikkterapi kan ha for både barn (kapittel 4.2.3) og foreldre (kapittel 4.2.2). Informantene vektlegger spesielt behovet for å tenke barn og foreldre som en enhet når det gjelder små barn. Loewy (2011) og Shoemark (2011) understreker at små barn er mer sårbare for utviklingsforstyrrelser hvis den naturlige foreldre-barn tilknytningen blir hindret, for eksempel som følge av medisinsk behandling. Informant C uttrykker i tråd med dette at det er spesielt viktig å inkludere foreldre ved langvarige sykehusopphold før barnet blir ett år, for å jobbe med foreldre-barn-relasjonen. Både Loewy (2011), Shoemark (2011) og Wellman (2014) viser til hvordan musikkterapi kan være til hjelp for å fremme tilknytning mellom syke barn og deres foreldre gjennom ulike intervensjoner.

Informant A reflekterer rundt institusjonens passivisering av foreldre og at det er viktig å gi foreldrene "tilbake ansvaret" som foreldre. Dette underbygges av forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) som viser til at foreldre gjerne kan fortsette med de samme oppgavene som når de var hjemme, men at personalet kan avlaste hvis foreldre ønsker det. Informanten uttaler at musikkterapeuten kan støtte foreldrene til å ha dette ansvaret ved å legge til rette for at de er barnas nærmeste også i musikkterapien. Dette tenker informanten kan gjøres ved å inspirere foreldrene så de igjen kan inspirere barna, og ved å legge til rette for dialog mellom barn og foreldre istedenfor at musikkterapeuten har den nærmeste dialogen med barna. Her kan tilnæringsmåtene og intervensjonene som Wellman (2014) presenterer til bruk for å støtte tilknytning med også større barn, være tjenlige, da de fokuserer på den nære kontakten, dialogen og samspillet mellom barn og foreldre.

Ved mange av tilfellene hvor foreldrene ikke er inkludert direkte i timen, begrunnes dette med alder og/eller ungdommenes autonomi og behov for løsrivelse. Ungdommer er i en alder hvor foreldrene ikke har rett på fri fra jobb for å være til stede på sykehuset sammen med dem hvis det ikke er snakk om alvorlig sykdom. I psykisk helsevern viser en av informantene til at ungdommene er innlagt alene og ser dette også i sammenheng med at de har større behov for å være alene. Informantene legger vekt på at ungdommer kan trenge det rommet som musikkterapien kan gi for å løsrive seg, for å unngå å bli "overkjørt" av foreldre, eller for å komme inn på temaer som kan være vanskeligere å snakke om med foreldre til stede. De setter dette også i sammenheng med journalforskriftene, som sier at ungdommer kan ønske å ha deler av journalen for seg selv fra de er 12 år hvis det er grunner til det som bør respekteres, og at de fra de er 16 år i hovedsak har journalen for seg selv så lenge dette ikke hindrer foreldrene i å oppfylle sitt foreldreansvar (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Informant B snakker om ungdommers autonomi i forhold til det å være syk, spesielt ved kronisk sykdom hvor det forventes at ungdommer etter hvert skal forholde seg til mer av sykdommen og behandlingen på egenhånd uten foreldre til stede. Informantene gir også uttrykk for at det er viktig å reflektere rundt de etiske sidene ved å inkludere foreldre eller ikke inkludere de. Her kan det være en balansegang i at det kan være etisk forsvarlig å inkludere foreldre i så stor grad som mulig, samtidig som det kan være uetisk at foreldre tar del i musikkterapien når barnet/ungdommen trenger at musikkterapien er deres egen arena.



Samtidig som ungdom kan være autonome i større grad enn yngre barn, kan vi ut fra informantenes utsagn se at trygghetsaspektet kan være viktig uavhengig av alder. Jeg tenker en kan se det som et tegn på sunn utvikling i lys av Bowlbys tilknytningsteori både ved tilfeller hvor ungdom ønsker å ha foreldrene til stede i timen og hvor ungdommene ønsker å ha timen alene. Hart og Schwartz (2012) viser til at atferdssystemet ifølge Bowlby fungerer slik at barn vil kunne operere mer på egenhånd når de kjenner på trygghet, mens de søker tilknytningspersonen når de er utrygge. Bowlby uttrykte også at tilknytningsmekanismene er noe som gjelder gjennom hele livet. Ut fra dette kan en tenke at når ungdommer er trygge, vil de oftere ønske å ha timene alene, mens de i større grad trenger tryggheten tilknytningspersonen gir når de selv kjenner på utrygghet. Som informant C viser til, kan det å være innlagt på sykehus være en situasjon som kan bringe med seg mye utrygghet. Dette kan som vist i 2.1.2 være på grunn av blant annet endrede omgivelser, fysisk smerte, og usikkerhet for hvordan fremtiden vil bli. Ærø og Aasgaard (2011) fremhever også at pasienter i pediatri nå kan være i kontakt med mange avdelinger og ansatte i løpet av et sykehusopphold, noe som kan forsterke denne utryggheten. En av informantene viser til ungdom som ønsker å ha forelderen tilstede, og her ser informanten at det nettopp er på grunn av trygghetsbehov da ungdommen ikke har fått tid til å bli trygg på musikkterapeuten enda. Informantene viser også til at inkludering av foreldre i musikkterapi med ungdom kan gi positive utslag, i form av en god dynamikk mellom ungdom og foreldre og et godt fokus på ungdommen.

Det kan sies å være en sterk vektlegging på foreldrene som barnas nærmeste både fra informantenes side, i rammeverk og i tilknytningsteori. Vektleggingen av foreldre som barnas nærmeste kan ses i sammenheng med spesielt små barns behov for støtte i utviklingen av tilknytning i sykehussituasjonen. Musikkterapeuter kan ved intervensjoner støtte den nære foreldre-barn-relasjonen og støtte foreldre i å "ta tilbake" foreldreansvaret også i sykehussettingen. Til en viss grad kan en si at skillet mellom vektleggingen på foreldrene som barnas nærmeste og vektleggingen på barnas autonomi kan ses ut fra alder. Informantene viser blant annet til journalforskrifter som understreker ungdommers selvstendighetsgrad, og de begrunner det ut fra ungdommenes behov i mange tilfeller hvor foreldre ikke inkluderes. Samtidig er det tilfeller som grunnis ut fra ungdommenes behov hvor foreldre inkluderes i musikkterapien, og dette kan også være et tegn på trygg tilknytning i tråd med Bowlbys tilknytningsteori (Hart & Schwartz, 2012).

### 5.3 Foreldreinkludering – en vinn-vinn-situasjon?

Det å inkludere foreldre i musikkterapi med barn på sykehus kan på mange måter ses som en ressurs. Som vist i 4.2 hadde informantene mange utsagn om hvilke funksjoner det kan ha for både barna, foreldrene og for musikkterapeuten at foreldrene er inkludert i musikkterapien, og de fleste av disse var av positiv art. Det kan ut fra dette på mange måter virke som at foreldreinkludering i musikkterapi er en vinn-vinn-situasjon. Men er det i alle tilfeller det, eller er det noen ganger en fordel for en av aktørene mens det for en av de andre ikke er en fordel? Er det i noen tilfeller en fordel for alle at foreldrene ikke er inkludert?

I prosessen med analysen ble jeg overrasket over hvor mye det var i intervjuene om hvilken funksjon det hadde for foreldrene å være inkludert i musikkterapien. På forhånd tenkte jeg at det hadde stor funksjon for barna å ha foreldrene inkludert, og det er for det meste barna som er hovedfokuset for musikkterapien, som flere av informantene understreker. Men gjennom analysen kom det fram mange gode sider for foreldrene ved å være inkludert i musikkterapien. På spørsmålet om informantene inkluderte for barnas eller foreldrenes skyld, svarte informant B at det var for familiens skyld, for helheten. Informant C viser til at foreldrene inkluderes også for sin egen del, og at timene kan være viktige for foreldrene. Både foreldrene og barna hver for seg kan ha utbytte av at foreldrene er inkludert, og også familien som helhet.

Foreldre kan gjennom musikkterapien blant annet få se mer av ressursene som barnet har, og informantene uttrykker et ønske om å hjelpe foreldrene til å gjenoppdage ressurser barnet fortsatt har til tross for alt sykdommen har bragt med seg. Dette kan ses i lys av det Ærø og Aasgaard (2011) bemerker om at barnet ikke bare er "sykt barn" eller pasient, men at det ved sykehusinnleggelse er utelukket fra noe av det som definerer deres egenidentitet. Det kan være viktig for barna å ha andre roller det kan definere sin identitet utfra, ved for eksempel å mestre et instrument eller opptre foran andre, og det kan være viktig for foreldrene å se barnet sitt i disse andre rollene. Ærø og Aasgaard (2011) snakker også om at også foreldrene kan bli revitalisert gjennom å ha andre roller enn omsorgsrollen de fort får som foreldre til sykt barn.

Informantene uttrykte mye om ressurser både på eget initiativ og ved forespørsel.

Foreldreinkludering kan som vist i 4.2 ha positive funksjoner både for barna, foreldrene og musikkterapeuten og dermed være en ressurs for alle aktørene. Samtidig uttrykker Sobey (2008) at det er anerkjent at det ikke er alle tilfeller hvor foreldreinkludering er ønskelig, og at

ikke alle forløp har foreldre med under hele prosessen. Det informantene uttaler stemmer overens med dette. De gjengir eksempler hvor foreldre ikke er direkte inkludert og eksempler hvor foreldre er direkte inkludert i noe av prosessen, og begrunner dette på ulike måter. Informantene fremmer ulike tanker rundt inkludering av foreldre som ikke deltar aktivt. Som uttrykt i 4.2.1 tenker informantene at foreldrene kan skape trygghet bare med å være til stede, noe barna kan ha behov for. Trygghet er også en av begrunnelsene for å inkludere foreldrene i 4.1.1. Informant B uttrykker i intervjuet at det er positivt at foreldrene er til stede uansett grad av engasjement, og tenker her også at musikken skaper en direkte inklusjon som gjør at foreldrene er en del av noe bare ved å være til stede. Informant C fremhever en annen side av saken i at det ikke er ønskelig med publikum i en musikkterapitime, og vektlegger et ønske om aktiv deltagelse hvis foreldre skal være til stede.

Informant B og C viser også til at det både kan være tjenlig og utfordrende for musikkterapeuten å ha den ekstra dimensjonen som foreldre bringer inn i timen. Begrunnelser for å ikke inkludere foreldre kan være at de kan kreve mye, ta mye fokus eller ha for stor vekt på prestasjon. Her tenker jeg at informantene har en bevisst holdning til hva som er deres formål for musikkterapien, og vektlegger målsettinger og barnets behov i størst grad. Men forelderens kan også bringe energi til timen, og gi en ekstra dimensjon som informantene kan savne hvis forelderens ikke er der senere i prosessen. Horvat og O'Neill (2008) viser også til den ekstra dimensjonen det nære båndet mellom barn og pårørende kan gi til timen, og Oldfield (2008) uttrykker på samme måte som informantene et savn etter den samarbeidspartneren som forelderens utgjør hvis hun har time uten foreldre til stede.

Informant B omtaler situasjoner hvor forelderens ikke ønsker å gå fra ungdommen, mens det tverrfaglige teamet ser det som bra for både ungdom og foreldre at ungdommen har musikkterapi alene for å få utløp for tanker og følelser. Ut fra informantenes synspunkt kan en her tenke at det for alle aktørene er en fordel at foreldrene ikke er inkludert, selv om kanskje ikke alle aktørene ser det slik selv der og da. Informantene viser også til tilfeller hvor foreldrene trekker seg ut på eget initiativ, hvor barnet ønsker musikkterapi uten foreldre, eller hvor musikkterapeuten uttrykker ønske om å ha musikkterapi med barnet alene, og hvor det ikke gis inntrykk av at hverken barn, foreldre eller musikkterapeut har noe imot denne beslutningen. Dette går i tråd med det både Bull (2008) og Sobey (2008) uttrykker om at det er tilfeller i musikkterapi generelt hvor foreldreinkludering ikke er den beste løsningen.

Ressurser i foreldreinkludering for både barn, foreldre, foreldre-barn-enheten og musikkterapeuten tilsier at foreldreinkludering ofte kan være en vinn-vinn-situasjon, Foreldre kan blant annet få hjelp til å gjenoppdage ressursene barna har, og barna kan få nye roller å definere sin egenidentitet ut fra. Samtidig viser en eller flere av informantene til tilfeller hvor de tenker at foreldreinkludering ikke er en fordel for en eller flere av aktørene, for eksempel ved passive foreldre eller ved foreldre som tar fokuset fra barna. For musikkterapeutene selv kan foreldreinkludering bringe en både tjenlig og utfordrende ekstra dimensjon. Det er også tilfeller hvor det tilsynelatende er det beste for alle aktørene at foreldre ikke inkluderes.

#### **5.4 Implikasjoner for praksis og forskning**

Musikkterapeuter som arbeider med barn på sykehus i Norge utgjør et forholdsvis lite fagmiljø. Jeg har ikke hatt et ønske om å komme med en generalisering av hvordan musikkterapeuter inkluderer foreldre i arbeid med barn på sykehus, men å se nærmere på hvordan disse prosessene foregår og hvordan informantene opplever dette. Informantenes svar gjenspeiler deres egen praksis og bevisstheten rundt denne.

I mine funn var det samtidig tydelig at musikkterapeutene ikke bare forholdt seg til sine egne opplevelser knyttet til det å inkludere foreldre, men de reflekterte også mye rundt barnas og foreldrenes opplevelser. Det virker som at musikkterapeutene forholdt seg både til de strukturelle rammene for terapien, og til barnas, foreldrenes og sin egen opplevelse av musikkterapisituasjonen når de gjorde faglige vurderinger om å inkludere eller ikke inkludere foreldrene. Musikkterapeutene sine faglige vurderinger synes slik sett å være utført i et dynamisk samspill med de ulike aktørene og deres respons på musikkterapisituasjonen.

I likhet med terapeutene selv, har jeg vært interessert i kontekst, og til sammen kan konteksten og informantenes svar bidra til økt kunnskap om mangfoldet innen musikkterapi praksis med barn på sykehus i Norge som felt. Informantene har gitt mange samsvarende utsagn, men har også ulike syn på i hvilken grad og i hvilke situasjoner det er tjenlig å inkludere foreldre i musikkterapien. Informantene synes å være enig om at foreldreinkludering har mange funksjoner og kan være en ressurs for alle involverte aktører. Barn på sykehus og deres foreldre er i en sårbar og krevende situasjon, og vi trenger ytterligere forskning for å belyse hvordan musikkterapi i enda større grad kan være til støtte for både syke barn og deres foreldre og foreldre-barn-enheten. Informantene uttrykte samtidig

klart situasjoner hvor det er mest tjenlig å ikke inkludere foreldre, og forskning som kan gi ytterligere innsikt i dette for å underbygge musikkterapi med barn alene i tilfeller der dette er den beste støtten eller behandlingen for barnet, kan også være viktig. Det er viktig med en bevissthet i praksisfeltet rundt hva som er mest tjenlig, hva som eventuelt kan skade og hva som kan gi støtte for barna i første rekke og videre for foreldre og også for musikkterapeuter.

I denne masterstudien har jeg kun presentert musikkterapeutenes opplevelse og erfaring av fenomenet foreldreinkludering i musikkterapien, og sett på deres faglige vurderinger i denne sammenheng. Å intervju foreldre og barn om noen av de samme temaene som er tatt opp i denne studien, kan være viktig for å undersøke hvordan deres erfaringer er, og om disse går overens med musikkterapeutenes erfaringer eller om det her er ulike oppfatninger. Selv om foreldreinkluderingens funksjon for foreldrene og barna også har vært i fokus i denne studien, har dette vært sett ut fra musikkterapeutenes ståsted, og det kunne være både naturlig og interessant å se på dette ut fra både foreldrenes og barnas ståsted. Sykehusinstitusjonens mulige passivisering av foreldre og musikkterapiens mulighet for å bidra til "tilbakeføring" av foreldreansvaret er et aktuelt forskningstema. Dette kan være interessant å se på i lys av teori om empowerment, noe jeg i denne oppgaven dessverre ikke hadde mulighet til å gå inn på av plass- og tidshensyn. I denne undersøkelsen ble jeg også overrasket over hvor mye som kom frem om funksjoner foreldreinkludering kunne ha for foreldre. Dette er et element jeg tenker gjerne kan komme klarere fram i praksisfeltet, og som kan være gjenstand for ytterligere dybdeundersøkelser.

## 6.0 Avslutning

"Hva tenker du – skal vi inkludere mor i musikkterapien?" Da jeg ble stilt spørsmålet som ble utløsende faktor for denne studien, var svaret mitt "ja, selvfølgelig". Etter å ha gjennomført denne studien, ville nok mitt svar vært annerledes, eller i alle fall noe mer utdypet. Kanskje ville jeg ha stilt noen spørsmål tilbake. Hva er formålet for musikkterapien? Er det gjort noen erfaringer fra tidligere hvor mor har vært med i musikkterapien? Hvordan kan det å inkludere mor i dette tilfellet være en ressurs? Kan det være forstyrrende for det vi ønsker å gjøre? Hvis det er forstyrrende ut fra den egentlige planen; kan det være tjenlig å forandre fokus og intervensjoner slik at en kan få frem de ressursene som er i det å inkludere moren? I dette tilfellet var mor ikke til stede på sykehuset ved hver musikkterapisesjon, så da kunne det kanskje være en mulighet å forskyve planer som foreldreinkluderingen eventuelt vanskeliggjorde til en senere musikkterapisesjon?

Jeg har i denne oppgaven tatt for meg foreldreinkludering i musikkterapi med barn på sykehus ut fra problemstillingen: Hvordan opplever musikkterapeuter som jobber med barn på norske sykehus foreldreinkludering, og hvilke faglige vurderinger danner grunnlaget for om de velger å inkludere eller ikke? Gjennom teoretiske og kontekstuelle perspektiver, funn presentert i analysen, og videre diskusjon av funnene i lys av teori og kontekst har jeg ønsket å belyse og besvare dette. Jeg tenker at musikkterapeutenes opplevelser og faglige vurderinger gjennomsyrrer analysen. Den første hovedkategorien i analysen, *Avgjørelsen om foreldreinkludering*, presenterte først hvilke sentrale forutsetninger og begrunnelser jeg tenker informantene opplevde lå til grunn for avgjørelsen, og her kom informantene blant annet inn på etiske og aldersmessige begrunnelser, de fokuserte på vurderinger angående barnas trygghet og hvordan ulike relasjoner influerte musikkterapien. Videre presenterte jeg hvordan de opplevde at avgjørelsen ble tatt av de ulike aktørene. Når de selv tok valget om inkludering, tenker jeg de uttrykte klare faglige vurderinger med tanke på hva som var best for barnet, og de uttrykte viktigheten av å være tydelig som fagperson. Det dynamiske i sykehushverdagen og musikkterapisituasjonen kom frem i siste delen av *Avgjørelsen om foreldreinkludering* hvor blant annet informantenes opplevelser av å måtte ta raske vurderinger for tilpasning ble presentert, og vurderinger mellom ulike aktørers behov ble vektlagt.

Den andre hovedkategorien, *Foreldreinkludering i praksis*, startet med en presentasjon av de ulike rollene musikkterapeutene opplever at foreldrene kan ha når de er inkludert. Videre sammenfattet jeg funksjoner som musikkterapeutene opplever at foreldreinkluderingen kan ha for foreldrene og barna, og det at musikkterapeutene ser disse funksjonene kan medvirke til valget om å inkludere på bakgrunn av virkningen inkluderingen kan innebære. I den siste underkategorien som gikk på funksjoner foreldreinkluderingen kan ha for musikkterapeuten, viser informantene til tilfeller hvor musikkterapeutene vurderer at foreldreinkluderingen kan være til hjelp eller til hinder for en god gjennomføring av timen.

I diskusjonen så jeg først på om foreldreinkludering er et valg og hvem som eventuelt tar det valget. Her gikk jeg nærmere inn på avgjørelsen om foreldreinkludering i lys av konteksten som musikkterapeutene opplever sin arbeidshverdag i. Både forutsetninger, barn, foreldre og musikkterapeuten kan sies å avgjøre om foreldre skal inkluderes eller ikke, noe som også kan forsvares ut fra lover og forskrifter. I neste del så jeg på foreldrene som barnas nærmeste i forhold til barns autonomi, og her kommer de faglige vurderingene til musikkterapeutene klarere frem med tanke på etiske perspektiver og behov for tilknytningsperson versus behov for løsrivelse. Siste tema for diskusjonen var om foreldreinkludering er en vinn-vinn-situasjon, og her kommer vektlegging av ulike behov hos aktørene inn, og faglige vurderinger fra musikkterapeutens side på hva som er best for både barn, foreldre og de selv.

Jeg har i denne oppgaven sett på de strukturelle forutsetningene for musikkterapien med tanke på barnas og foreldrenes rettigheter og sykehus som arena for musikkterapi. Det å se på praksisen i lys av de strukturelle forutsetningene tenker jeg kan hjelpe oss til å forstå praksisen bedre og bidra til videre utvikling av relevant praksis og teori. Forhåpentligvis har denne oppgaven også bidratt til å bygge en bro mellom to relaterte kunnskaps- og praksisfelt innen musikkterapien, familiesentrert musikkterapi og musikkterapi med barn på sykehus. Da det er relativt små fagmiljø innenfor disse feltene i norsk musikkterapi, kan en slik brobygging være viktig for videre utvikling av fagfeltene.

## Litteraturliste

Arbeidsmiljøloven. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. av 17.juni 2005 nr. 62. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2000). *Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research*. London: Sage Publications Inc.

Ayson, C. (2008). Child-Parent Wellbeing in a Paediatric Ward: The Role of Music Therapy in Supporting Children and Their Parents Facing the Challenge of Hospitalisation. *Voices: A World Forum for Music Therapy, Vol 8* (1). Hentet fra <https://normt.uib.no/index.php/voices/article/view/449/367>

Barnekonvensjonen. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20.november 1989*. Hentet fra <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), s.77-101.

Bull, R. (2008). Autism and the family: Group Music Therapy with Mothers and Children. I A. Oldfield & C. Flower (Red.). *Music Therapy with Children and Their Families* (s.71-87). London: Jessica Kingsley Publishers.

Dahl, H. H. (2012). "To change so much with just so little". *En kvalitativ studie om hvordan musikkterapeuter som jobber på nyfødteintensivavdelinger opplever sitt arbeid og sin arbeidshverdag* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen.

Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming* (2.utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Davies, E. (2008). It's a Family Affair: Music Therapy for Children and Families at a Psychiatric Unit. I A. Oldfield & C. Flower (Red.). *Music Therapy with Children and Their Families* (s.121-140). London: Jessica Kingsley Publishers.



Drake, T. (2011). Becoming in tune: The use of music therapy to assist the developing bond between traumatized children and their new adoptive parents. I J. Edwards (Red.), *Music Therapy and Parent-Infant Bonding* (s.22-41). Oxford: Oxford University Press.

Duda, L. J. (2013). Integrating music therapy into pediatric palliative care. *Progress in Palliative Care*, 21(2), 65-77. Hentet fra

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=40cb1f14-5c56-437a-83c0-2747908f97f5%40sessionmgr198&vid=1&hid=110>

Edwards, J. (Red.). (2011). *Music Therapy and Parent-Infant Bonding*. Oxford: Oxford University Press.

Folketrygdloven. Lov om folketrygd av 28.februar 1997 nr. 19. Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon.

Fastsatt ved kgl. res. 1. desember 2000 nr. 61 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 61 om

spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217/>

Hart, S., & Schwartz, R. (2012). *Fra interaksjon til relasjon – tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Horvat, J., & O'Neill, N. (2008). 'Who is the Therapy For?': Involving a Parent or Carer in their Child's Music Therapy. I A. Oldfield & C. Flower (Red.). *Music Therapy with Children and Their Families* (s.89-101). London: Jessica Kingsley Publishers.

Jacobsen, S. L. (2013). Forskning i musikterapi - Familier med børn med særlige behov og udsatte familier. *Dansk Musikterapi*, 10(1), 21-30. Hentet fra [vbn.aau.dk](http://vbn.aau.dk)

Kern, P. (2014). Empower Me: Family-Centered Practice. *Imagine*, 5(1), 122-124. Hentet fra [http://issuu.com/ecmt\\_imagine/docs/imagine\\_5\\_1\\_2014/125?e=1466273/9306824](http://issuu.com/ecmt_imagine/docs/imagine_5_1_2014/125?e=1466273/9306824)

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ledger, A. J. (2010). *Am I a founder or am I a fraud? Music therapists' experiences of developing services in healthcare organizations* (Doktoravhandling). Limerick: University of Limerick.

Lie, S. O. (2009, 13.februar). Pediatri. I Store medisinske leksikon. Hentet fra <https://sml.snl.no/pediatri>

Lindenfelser, K. J., Grocke, D., & McFerran, K. (2008). Bereaved Parent's Experiences of Music Therapy with their Terminally Ill Child. *Journal of Music Therapy*, 45(3), 330-348. Hentet fra <http://search.proquest.com/docview/223562923/fulltextPDF?accountid=8579>

Lindenfelser, K. J., Hense, C., & McFerran, K. (2012). Music Therapy in Pediatric Palliative Care: Family-Centered Care to Enhance Quality of Life. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 29(3), 219-226.

Loewy, J. V. (2011). Music therapy for hospitalized infants and their parents. I Edwards, J. (Red.). *Music Therapy and Parent-Infant Bonding* (s. 179-190). Oxford: Oxford University Press.

Longhi, E., & Pickett, N. (2008). Music and well-being in long-term hospitalized children. *Psychology of music*, 36(2), 247-256. Hentet fra <http://pom.sagepub.com/content/36/2/247.full.pdf+html>

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Mangersnes, J. (2012). *"Kva er meg, og kva er systemet?": ei kvalitativ undersøkning av musikkterapeutar sine erfaringar i høve til sin rolle og profesjonalitet i arbeid med born på sjukehus* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen.

O’Callaghan, C., & Jordan, B. (2011). Music therapy supports parent-infant attachments: In families affected by life threatening cancer. I Edwards, J. (Red.), *Music Therapy and Parent-Infant Bonding* (s.191-207). Oxford: Oxford University Press.

O’Callaghan, C., & Aasgaard, T. (2012). Art Therapies Including Music Therapies. I A. Längler, P. Mansky, & G. Seifert (Red.), *Integrative pediatric oncology* (s.45-57). London: Springer.

Oldfield, A. (2006). *Interactive Music Therapy in Child and Family Psychiatry: Clinical Practice, Research and Teaching*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Oldfield, A. (2008). Working in Partnership and Supporting Parents: Music Therapy for Pre-school Children and their Parents at a Child Development Centre. I A. Oldfield, & C. Flower (Red.), *Music Therapy with Children and Their Families* (s.19-36). London: Jessica Kingsley Publishers.

Oldfield, A. (2011). Parents’ perceptions of being in music therapy sessions with their children: What is our role as music therapists with parents? I Edwards, J. (Red.), *Music Therapy and Parent-Infant Bonding* (s.58-72). Oxford: Oxford University Press.

Oldfield, A., Tuomi, K., Gottfried, T. & Griessmeier, B. (2014). Music Therapy with Families: Reflections on the Particular Benefits for Caregivers. I *14<sup>th</sup> World Congress of Music Therapy – Cultural Diversity in Music therapy Practice, Research and Education – Collection of Abstracts* (s.2). Krems: IMC University of Applied Sciences Krems. Hentet fra [http://www.musictherapy2014.org/fileadmin/download/Abstract\\_Book\\_WCMT\\_2014\\_01.pdf](http://www.musictherapy2014.org/fileadmin/download/Abstract_Book_WCMT_2014_01.pdf)

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2.juli 1999 nr.63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Phellas, C.N., Bloch, A., & Seale, C. (2012). Structured methods: interviews, questionnaires and observation. I C. Seale (Red.), *Researching Society and Culture* (3. utgave) (s.181-205). London: SAGE publications Ltd.

Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Salkeld, C. E. (2008). Music Therapy After Adoption: The Role of Family Music Therapy in Developing Secure Attachment in Adopted Children. I A. Oldfield, & C. Flower (Red.), *Music Therapy with Children and Their Families* (s. 141-157). London: Jessica Kingsley Publishers.

Shoemark, H. (2011). Translating 'infant-directed singing' into a strategy for the hospitalized family. I Edwards, J. (Red.), *Music Therapy and Parent-Infant Bonding* (s.161-178). Oxford: Oxford University Press.

Shoemark, H. ,& Dearn, T. (2008). Keeping parents at the centre of family centred music therapy with hospitalised infants. *The Australian Journal of Music Therapy*, 19, 3-24.

Sobey, K. (2008). Introduction. I A. Oldfield, & C. Flower (Red.), *Music Therapy with Children and Their Families* (s.11-17). London: Jessica Kingsley Publishers.

Thompson, G. (2014). Supporting Parents to Support their Child through Music Therapy. *Imagine*, 5(1), s.48-50. Hentet fra [http://issuu.com/ecmt\\_imagine/docs/imagine\\_5\\_1\\_2014](http://issuu.com/ecmt_imagine/docs/imagine_5_1_2014)

Thorgersen, T.-L. H. (2015). *Musikkterapi innan psykisk helsevern for barn. Ein fokusgruppestudie av erfaringar og tankar hos fagpersonar i eit tverrfagleg team* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen.

Torbergesen, T. (2009). Musikkterapi innenfor en familierapeutisk ramme. I E. Ruud (red), *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge*. Oslo: Unipub AS.

Wellman, B. (2014). Music Therapy and Parent-Child Attachment. *Imagine*, 5(1), s.70-72. Hentet fra [http://issuu.com/ecmt\\_imagine/docs/imagine\\_5\\_1\\_2014](http://issuu.com/ecmt_imagine/docs/imagine_5_1_2014)

Ærø, S. B., & Aasgaard, T. (2011). Musikkterapeut på en sykehusavdeling for barn: Helsefremmende arbeid for både pasient og miljø. I K. Stensæth, & L. O. Bonde (Red.), *Musikk, helse, identitet* (s.141-160). Oslo: NMH publikasjoner.

Aasgaard, T. (2000). Musical Acts of Love in the Care of Severely Ill and Dying Children and their Families. *Practice News*, November 2000.

Aasgaard, T. (2002). *Song Creations by Children with Cancer - Process and Meaning*. (Doktoravhandling). Aalborg University.

Aasgaard, T. (2004). A Pied Piper among White Coats and Infusion Pumps: Community Music Therapy in Paediatric Hospital Setting. I M. Pavlicevic, & G. Ansdell (Red.), *Community Music Therapy* (s.147-163). London: Jessica Kingsley Publishers.

Aasgaard, T. (2006). Musikk i arbeid med barn på sykehus. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse* (s.75-106). Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Aasgaard, T. (2008). Nitten sanger fra isolatet – en casestudie om "livshistoriene" til sanger skapt av barn med ondartede blodsykdommer. I G. Trondalen og E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi* (s. 415-427). Oslo: NMH publikasjoner.

## Vedlegg 1 - Intervjuguide

### **Innledende del:**

Først litt kort om hvem du er og hvor du jobber (5-10min)

Hvilken utdanning har du?

Hvor lenge har du jobbet som musikkterapeut?

Hvor lenge har du som musikkterapeut jobbet med barn?

Hvor lenge har du jobbet på sykehus?

Hvilke(n) avdeling(er) jobber du på?

### **Hoveddel:**

(Åpent spørsmål:) Hva tenker du om å inkludere foreldre i musikkterapi? (Har du noen tanker om det å inkludere foreldre i musikkterapien?)

### **Inkludering:**

I hvilken grad har du musikkterapi med foreldre til stede?

Hvilke roller/ funksjoner har foreldrene i musikkterapitimene?

Hva medvirker til/ avgjør at du inkluderer foreldrene i musikkterapien?

Hva medvirker til/ avgjør at du ikke inkluderer foreldrene i musikkterapien?

Hvilke **forutsetninger** er til stede/ er ikke til stede for å inkludere foreldre i musikkterapien?

Strukturen rundt eller ditt frie valg?

-arbeidsplassen

- foreldre til stede/ikke

- foreldres motivasjon

- egen evne/lyst

### **Formål:**

Når foreldrene inkluderes, tenker du det for barnets og/eller foreldrenes skyld?

Når foreldrene ikke inkluderes, er det for barnets eller foreldrenes skyld?

Hvem **fokuserer** du på?

Skulle du ønske du kunne fokusert annerledes? Mer på barnet/ foreldrene?

### **Opplevelsen:**

Hvordan opplever du som musikkterapeut det å inkludere foreldre/ når foreldrene er inkludert?

Hvordan tror du barnet opplever det?

Hvordan tror du foreldrene opplever det?

### **Ressurser:**

Hvilke ressurser har du som musikkterapeut sett i det å inkludere foreldre i musikkterapitimer?

Har du fått noen tilbakemeldinger/ uttalelser fra foreldre om hva det har betydd for de å delta i musikkterapi sammen med sine barn?

Har du noen erfaringer med at foreldre bruker elementer/ tips/ teknikker e.l. fra musikkterapien i senere interaksjon med barnet?

Kan du gjengi et typisk caseeksempel fra musikkterapi hvor foreldre er til stede/ inkludert?

Kan du gjengi et typisk caseeksempel fra musikkterapi hvor foreldre ikke er til stede/ inkludert?

Plasserer du deg selv i noen musikkterapeutisk tradisjon/ teorigrunnlag?  
Har du noen etiske refleksjoner rundt det å inkludere/ ikke inkludere?

## Vedlegg 2 - Kvittering på melding om behandling av personopplysninger

Anna Helle-Valle  
Griegakademiet - Institutt for musikk  
Universitetet i Bergen Postboks 7800  
5020 BERGEN

Vår dato: 17.06.2014

Vår ref: 39010 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.06.2014.  
Meldingen gjelder prosjektet:

<i>39010</i>	<i>Skal far/mor være med? En kvalitativ undersøkelse av foreldreinkludering i musikkterapi med barn på sykehus</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anna Helle-Valle</i>
<i>Student</i>	<i>Gunn Marit Nymo</i>

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

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.

Endringsmeldinger gis via et eget skjema,

<http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.01.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Gunn Marit Nymo [gunn.nymo@student.uib.no](mailto:gunn.nymo@student.uib.no)

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

*Avdelingskontorer / District Offices:*

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

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

*TROMSØ:* NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)





## Personvernombudet for forskning

### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 39010

Informasjonsskrivet til utvalget er tilfredsstillende utformet.

Personvernombudet forutsetter at det ikke innhentes identifiserbare opplysninger om pasienter og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

Forventet prosjektslutt er 20.01.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

---

Personvernombudet har nå registrert ny dato for prosjektslutt 20.11.2015.

Det legges til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Vennlig hilsen  
Marianne H. Myhren  
Personvernombudet for forskning,  
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

## **Vedlegg 3 - Informasjonsskriv og samtykkeerklæring**

### **Forespørsel om å delta i intervju i forskningsprosjektet**

### **”Skal far/mor være med? En kvalitativ undersøkelse av foreldreinkludering i musikkterapi med barn på sykehus”**

Som masterstudent i musikkterapi ved Universitetet i Bergen holder jeg på med min avsluttende masteroppgave. Temaet for masteroppgaven er inkludering av foreldre i musikkterapi med barn på sykehus. Jeg ønsker å finne ut i hvilken grad og hvordan foreldre blir inkludert i musikkterapien.

I denne sammenhengen ønsker jeg å intervju tre eller fire musikkterapeuter som jobber eller har jobbet med barn på sykehus i Norge. I intervjuet ønsker jeg å fokusere på hvordan praksisen din er og har vært med tanke på inkludering av foreldre. Jeg er opptatt av å finne ut i hvilken grad foreldre inkluderes og hvilke refleksjoner du som musikkterapeut gjør deg i forbindelse med dette.

Intervjuene vil foregå ved personlig møte, men hvis tid eller avstand vanskeliggjør dette er det mulig å foreta intervjuet på skype. Under intervjuet vil jeg bruke båndopptaker og ta notater. Tidsrammen for intervjuet er ca en time.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt i tråd med deres reglement, og datamaterialet vil bli anonymisert i transkriberingsprosessen. Denne anonymiseringen er særlig viktig siden fagmiljøet musikkterapi er forholdsvis lite i Norge, og utvalget av musikkterapeuter som jobber eller har jobbet på sykehus er begrenset. I den grad vi vil komme inn på konkrete pasienter, er det ønskelig at disse anonymiseres også fra din side.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20.januar 2015. Lydopptakene vil bli slettet.

Dersom du ønsker å delta i intervjuet, må du skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringen og returnere denne på e-post eller i forkant av intervjuet.

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

Har du spørsmål til studien, ta gjerne kontakt med meg på tlf ....., eller send meg en e-post på ..... Du kan også kontakte min veileder Anna Helle-Valle ved GAMUT - Griegakademiets senter for musikkterapiforskning ved Universitetet i Bergen på tlf .....

Med vennlig hilsen

Gunn Marit Nymo

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien ”Skal far/mor være med? En kvalitativ undersøkelse av foreldreinkludering i musikkterapi med barn på sykehus”, og sier meg villig til å bli intervjuet i forbindelse med dette forskningsprosjektet.

Sted og dato.....

Signatur.....