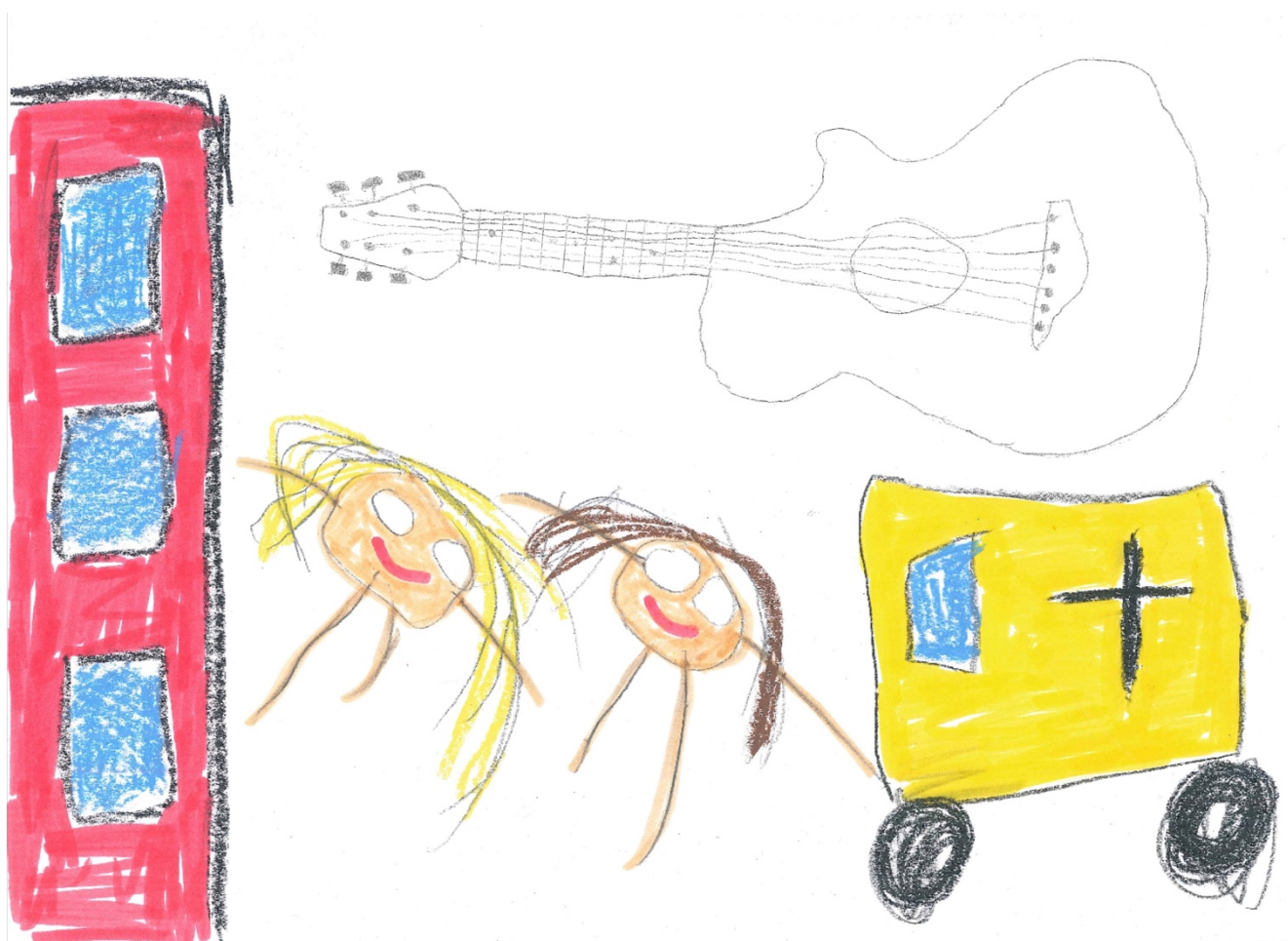


Implementering av et musikkterapitilbud ved en barneklinnk: en fokusert etnografisk studie



Fredrik Berntsen Due

Masteroppgave i musikkterapi

Griegakademiet – institutt for musikk

Universitetet i Bergen

Våren 2017



Forord

Endelig er tiden kommet, masteroppgaven i musikkterapi skal leveres inn. Jeg kan trygt si at denne femårsperioden har vært full av nye opplevelser, nyervervet kunnskap, inspirasjon til utforskning, og mye glede, smil og latter. Etter å ha først startet på utøvende studier i klassisk saxofon, fant jeg ut etter ett år at den rette veien for meg var å gjøre noe mer meningsfylt med musikken. Denne masteroppgaven symboliserer slutten på fem år som student, og starten på et forhåpentligvis langt, meningsfylt og interessant arbeidsliv. Jeg gleder meg virkelig!

Det er mange som fortjener en takk etter fem år, venner og hele familien. Likevel er det noen som har bidratt til at masteroppgaven har blitt en realitet, og de ønsker jeg å takke spesielt.

Først og fremst, takk til barneklubben som lot meg få gjennomføre både praksisperiode og datainnsamling på forskjellige avdelinger. Takk til intervjudeltakerne for at dere tok dere tid til intervjuene, og takk for både positive og kritiske perspektiver!

Mamma og pappa har begge bidratt til mang en korrekturlesning, ikke bare denne gangen! I tillegg har de begge villig vært med på fagkritiske diskusjoner gjennom hele studietiden, og pappa kommet med teknisk støtte når tekniske duppeditter ikke har fungert som jeg har forventet. Tusen takk!

Tusen takk skal også Anne og Borghild ha for korrekturlesing og språklige innspill, og tusen takk Aina teorisupplering til teorier utenfor musikkterapifeltet.

Tusen takk til Anna, Jonas, Marcus og Mathias, mine herlige onkelbarn, for tegninger av sykehus, sykebil, gitar og hodefotinger, som så fint pryder fremsiden!

Claire, min stødige veileder! Du har vært oppmuntrende, inspirerende, og kritisk! I tillegg har du vært behjelpelig med tilrettelegging av både praksisplass og datainnsamlingslokasjon.

Tusen takk for mangt et heiarop! "You can do it!" – *I did it!*

Bergen, mai 2017

Fredrik Berntsen Due

Innholdsfortegnelse

FORORD	2
LISTE OVER FIGURER	5
LISTE OVER TABELLER	5
ABSTRACT OF CRITICAL COMMENTARY ("KAPPE")	6
SAMMENDRAG AV ARTIKKEL	7
1 INTRODUKSJON	8
1.1 SAMFUNNSRELEVANS OG AKTUALITET	8
1.2 MUSIKKTERAPI I PEDIATRISK KONTEKST	9
1.3 MIN MOTIVASJON	12
1.4 PROBLEMSTILLING	13
2 UTDYPING AV TEORI	14
2.1 ORGANISASJON OG ORGANISASJONSTEORI	14
2.2 VIKTIGE ELEMENTER I ORGANISASJONER	15
2.2.1 <i>Formelle strukturer – uformelle strukturer</i>	15
2.2.1.1 Hierarki	15
2.2.1.2 Organisasjonskultur.....	16
2.2.1.3 Ledelse	16
2.2.2 <i>Stabilitet – Endring</i>	16
2.2.3 <i>Rasjonalitet – ikke-rasjonalitet</i>	17
2.2.4 <i>Organisasjon – menneske</i>	17
2.2.5 <i>Mann – kvinne</i>	17
2.3 MUSIKKTERAPI SOM PROFESJON.....	18
2.4 IMPLEMENTERING.....	18
3 UTDYPING AV METODE	20
3.1 FOKUSERT ETNOGRAFISK STUDIE.....	20
3.1.1 <i>Praksisperiode</i>	21
3.1.2 <i>Observasjon</i>	21
3.1.3 <i>Feltnotater</i>	22
3.2 SEMI-STRUKTURERT INTERVJU.....	22
3.2.1 <i>Snowball sampling og intervjudeltakere</i>	23
3.2.2 <i>Intervjuene</i>	24
3.3 TRANSKRIPSJON, KONDENSERING OG ANALYSE.....	25

3.3.1	<i>Transkripsjon</i>	25
3.3.2	<i>Kondensering</i>	26
3.3.3	<i>Analyse</i>	28
3.3.3.1	NVivo – induktiv	28
3.3.3.2	NVivo – deduktiv	29
3.4	FRA ANALYSE TIL RESULTAT	30
4	DRØFTING	31
4.1	ETISKE ASPEKTER	31
4.2	REFLEKSIVITET	32
4.3	KRITISKE REFLEKSJONER	32
4.3.1	<i>Formelt og uformelt integrert i et tverrfaglig team</i>	33
4.3.2	<i>Rolleforvirring</i>	34
4.3.3	<i>Profesjonsstereotyper</i>	35
4.4	IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG FORSKNING – VEIEN VIDERE	36
5	AVSLUTNING	37
	LITTERATUR	39
	VEDLEGG 1: RETNINGSLINJER VOICES – A WORLD FORUM FOR MUSIC THERAPY	43
	VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE	48
	VEDLEGG 3: NSD-GODKJENNING	50
	VEDLEGG 4: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA	52
	VEDLEGG 5: ARTIKKEL	54

Liste over figurer

Figur 1: Grafisk eksempel på et av kodehierarkiene, generert av NVivo.....	29
--	----

Liste over tabeller

Tabell 1: Utdrag fra transkripsjon av et intervju.....	26
Tabell 2: Utdrag fra tekstkondensering av et intervju.	28
Tabell 3: Eksempel på sitat oversatt til engelsk.....	31

Abstract of critical commentary ("kappe")

This is a critical commentary ("kappe") on the article "Implementation of music therapy at a Norwegian children's hospital: a focused ethnographic study". The aim of this critical commentary is to contextualize the research, elaborate on theoretical foundation and methods used in the research article, and give critical reflections on the choices I have made throughout the research process. In the introduction, I describe the research's relevance in relation to current music therapy research, and contextualize my research within the paediatric context. This section ends with my motivation for conducting this study, and presentation of my research questions. In the next section I elaborate on the theoretical foundation, organizational theory, as well as music therapy as a profession and implementation research. A thorough elaboration is then given about the methods that I used, both in the field work and with the process of analysing my data. I end this critical commentary with a section consisting of ethical aspects and critical reflections on two of the main findings from the research.

Overall in this thesis, the results suggest that when given administrative support, it was rather straightforward to start up a music therapy offer at this particular children's hospital, but harder to fully implement the offer within the interdisciplinary team. The field of music therapy in Norway continues to develop, along with awareness of the need for music therapy. It is hoped that the Norwegian government will play a key role in supporting music therapy's further development and implementation in various contexts.

Sammendrag av artikkel

Musikkterapien i Norge er et voksende fagfelt, hvor det stadig opprettes nye musikkterapistillinger i både helserelaterte fagfelt og pedagogiske kontekster. Musikkterapi ved pediatriske sykehus, er spesielt et fagområde som kan oppleve en videre vekst. Nye musikkterapistillinger ved pediatriske sykehus blir utviklet på ulike måter, og en studie av disse implementeringsprosessene kan være verdifull. I denne studien brukte jeg en fokusert etnografisk tilnærming for å utforske hvordan ansatte i det tverrfaglige teamet opplevde implementeringen av musikkterapi ved en barneklinnikk. I tillegg arbeidet jeg også ut ifra tre arbeidsspørsmål: (1) hva har musikkterapeuten gjort for å få innpass i et allerede dannet hierarki; (2) hva har annet helsefaglig personell/ledelsen gjort for/mot denne nye profesjonen; og (3) hvilke elementer har hjulpet eller hindret implementeringen? Datainnsamling og analyse består av refleksjoner og analyser over feltobservasjoner med korresponderende feltnotater, samt semi-strukturerte intervjuer med ansatte fra det tverrfaglige teamet. Min musikkterapeutiske praksisperiode ved en pediatrisk medisinsk avdeling har i tillegg gitt meg erfaringer som har påvirket resultatet. Resultatet viser at det var nokså enkelt å starte opp en musikkterapeutisk praksis ved barneklinnikken, men at det var mer komplisert å fullt integrere musikkterapi i det tverrfaglige teamet, både formelt og uformelt.

1 Introduksjon

Artikkelen jeg presenterer i denne masteroppgaven (vedlegg 5), har utforsket perspektiver fra forskjellige fagpersoner som har opplevd implementering av musikkterapi inn ved en barneklinnikk på ett sykehus. Jeg har fulgt retningslinjer for det nettbaserte tidsskriftet *Voices – A world forum for music therapy* (vedlegg1), og artikkelen er derfor skrevet på engelsk. Denne kappen er en utdyping av artikkelens kontekst, teori og metode, i tillegg til kritiske refleksjoner.

Som tittelen til denne kappen sier, skal jeg se på implementeringen av et musikkterapitilbud ved en "barneklinnikk". Alle universitetssykehusene i Norge omtaler sine generelle pediatriiske avdelinger som enten "barne- og ungdomsklinikk" eller "barne- og ungdomsavdeling". For å korte ned, generalisere og anonymisere, velger jeg i denne kappen, å gjennomgående omtale "barne- og ungdomsklinikken/avdelingen" med kun "barneklinnikk". "Barneklinnikk" viser da til hele barne- og ungdomsseksjonen ved et sykehus, mens "avdeling" viser til en mindre enhet innad på barneklinnikken. I artikkelen har jeg valgt å bruke "children's hospital", da den engelske oversettelsen av klinikk, "clinic", henviser mer til det vi i Norge ser på som poliklinikk, hvor sykehuset tar imot pasienter til undersøkelser og dagbehandlinger.

I dette kapittelet vil jeg først si noe om samfunnsrelevans og aktualitet – hvorfor denne masteroppgaven er et viktig bidrag til dagens musikkterapiforskning. Deretter kontekstualiseres musikkterapi innenfor pediatrifeltet, som er viktig for den videre forståelsen av arbeidet som er gjort i oppgaven. Jeg avslutter dette kapittelet med å beskrive min motivasjon for masteroppgaven og problemstillingen jeg har arbeidet ut ifra.

1.1 Samfunnsrelevans og aktualitet

Musikkterapi i Norge er et relativt nytt, men voksende felt, der det er få som har nådd pensjonsalder. Dette innebærer at musikkterapi stadig implementeres i nye fagfelt og organisasjoner. Det er derfor behov for å se på hvordan musikkterapitilbud implementeres inn i ulike fagfelt. Selv om enkeltstudier om implementeringsarbeid blir gjort kun innenfor ett spesifikt fagfelt, er det veldig mulig for andre fagfelt å trekke linjer og hente strategier til lignende implementeringsprosesser.

I enkelte fagfelt i Norge er musikkterapi innlemmet i nasjonale retningslinjer for behandling. Det beste eksempelet er i *psykisk helsevern*¹, hvor musikkterapi er anbefalt på høyest mulig evidensnivå i nasjonale retningslinjer for behandling av psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013). Helse Bergen har dessuten, som første store helseforetak i Norge, vedtatt en strategi om at musikkterapi skal tilbys på alle psykisk helseverninstusjoner (Fagrådet, 2017; Representantforslag 97 S, 2016-2017). Et annet eksempel er *eldreomsorgen*² hvor musikkterapi er på vei inn i de nasjonale retningslinjene for demens (Helsedirektoratet, 2016a). GAMUT, Griegakademiets senter for musikkterapiforskning, har dessuten utarbeidet et ressurshefte for musikkterapeuter i eldreomsorgen (GAMUT, 2014). I både psykisk helsevern og geriatri, samt musikkterapi kriminalomsorg (MIFF, 2016), er det konsensus for at musikkterapi kan være til hjelp som verktøy i utredning og behandling, og i psykososiale interaksjoner.

I pediatrien er ikke musikkterapi innlemmet i noen generelle retningslinjer for barn på sykehus, men det er nevnt som et behandlingsalternativ i *Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge uavhengig diagnose*: "Musikkterapeut kan gi viktige bidrag til avledning og avspenning. ... [og] musikkterapi i terminalfasen har positiv effekt på barnets livskvalitet" (Helsedirektoratet, 2016b, s. 52). Musikkterapi kan dessuten bli inkludert på et generelt grunnlag da det er lovpålagt at: "Barn har rett til å bli aktivisert og de har rett til undervisning under opphold i helseinstitusjon i den grad det er forsvarlig ut i fra barnets helsesituasjon. Barns rett til undervisning reguleres av opplæringsloven" (Sosial- og helsedirektoratet, 2016, s. 15, sammenfattet fra pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

1.2 Musikkterapi i pediatriisk kontekst

Pediatri er læren om det friske og det syke barnet og barnets utvikling (Universitetet i Bergen, 2016). Fagområdet har et mål om en helhetlig behandling og omsorg, og innbefatter dermed også forebyggende, helbredende, restituerende og habiliterende omsorg (Lie, 2009).

¹ *Psykisk helsevern* er i Norge "[...] spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker med psykiske lidelser" (Helsedirektoratet, 2016c).

² *Eldreomsorg* inkluderer både *gerontologi*, læren om alderdommen i medisinsk, humanistisk og samfunnsvitenskapelig disiplin (Engedal, 2016b), og *geriatri*, læren om funksjonssvikt og sykdommer i forbindelse med individets aldring, typisk over fylte 70 år (Engedal, 2016a).

Ungdomsmedisin er enda ikke en del av pediatrien i Norge (Lie, 2009), men det har endret seg siden barn og ungdom ved alle universitetssykehusene i Norge blir gitt generell behandling under en og samme barne- og ungdomsklinikk. Pediatri i Norge er da rettet mot barn i alderen 0-18 år. Da sykehus også har spesialavdelinger som for eksempel brannskade, nevrologi m.fl., kan lokale variasjoner forekomme. Det blir i slike tilfeller gjort vurderinger for hver enkelt pasient hvor han eller hun blir innlagt, og det kan derfor hende at et barn på 5 år blir innlagt på en spesialisert avdeling, hvor majoriteten av pasienter er voksne. Sykehus generelt er en ukjent, og ofte skummel setting for barna, hvor det er personer i lange hvite frakker som bruker mange uforståelige ord. Det er hvit- eller grønnkledde personer som stikker nåler i dem, mater de med medisiner som smaker rart, mange nye fremmede lukter, og mye teknologisk utstyr som lager alarmerende lyder.

Når et barn blir innlagt på sykehus, blir det brått separert fra hjemmet, venner og i noen tilfeller også familie. Sykehus er en setting hvor de somatiske sykdommene har hovedfokus, og kan resultere i en underprioritering av de psykososiale behovene barna har når de er på sykehus, og barn på isolat er særlig utsatt for dette (Bradt, 2013). På de fleste store barne- og ungdomsklinikkene er det derimot en rekke aktiviseringstilbud til barna: skolelærere, leketerapi og klovner. Den nevnte aktiviseringsloven åpner for at også andre faggrupper kan være et supplerende aktiviseringstilbud, som for eksempel musikkterapi. En musikkterapeut kan da jobbe for at det skal bli et utvidet terapeutisk tilbud. I de siste årene er musikkterapeuter kommet inn på sykehusene og begynt å få fotfeste, og er blant annet omtalt på nettsidene til både Haukeland Universitetssjukehus, Oslo Universitetssykehus og Akershus Universitetssykehus.

Selv om det er over 20 år siden musikkterapeut Trygve Aasgaard begynte sitt arbeid innenfor pediatrien, som den første i både Norge og Skandinavia, er det nok mange nye musikkterapeuter i dag som opplever de samme utfordringene som ham. Aasgaard hadde ingen innlysende posisjon i sykehusorganisasjonen, og måtte kjempe for å få sin disiplin sett av andre fagpersoner. Løsningen ble samfunnsmusikkterapi, da han flyttet mye av sin praksis ut i de åpne miljøene innad på barneklubben. Selv om denne løsningen gav han rom til å være musikkterapeut på en måte som svarte til hans egne verdier, var det fortsatt delte oppfatninger blant ansatte om hva han drev med (Aasgaard, 2004). Var det underholdning eller var det musikkterapi? For en utenforstående kan en musikkterapeut tilsynelatende ha mange forskjellige roller. En lege ser kanskje på musikkterapi som underholdning, selv om musikkterapeuten kanskje arbeider med et forskningsprosjekt ut ifra overordnede terapeutiske

mål (Ærø & Aasgaard, 2011; Aasgaard, 2004). Det at musikkterapeuten ofte kan bli sett på som en ”underholder” i det tverrfaglige bildet, er et syn som kan få musikkterapeutens fagkompetanse til å virke mindreverdige (Mangersnes, 2012).

Utfordringene musikkterapeuter har med å finne sin plass og rolle innad i sykehusorganisasjonene, kan se ut til å ha en sammenheng mellom tilstedeværelse av ledelse og musikkterapeutens opplevelse av det tverrfaglige teamet (Mangersnes, 2012; Ærø, 2016). Mangersnes (2012) peker i sin masteroppgave på tema som manglende organisering og struktur rundt musikkterapeuter på barneklinner, manglende eller dårlig henvisningssystem, og musikkterapeutens muligheter til journalføring. I tillegg gjorde mangel på definerte arbeidsoppgaver jobben uryddig for noen av hennes informanter, og de mistet noe forståelse fra andre fagpersoner. Ærø (2016) intervjuet musikkterapeuter som jobber innenfor pediatrien i sin masteroppgave. Utsagn viste at de som hadde nærmest kontakt med ledelsen sin hadde en stillingsinstruks å gå til, og i tillegg det største tverrfaglige nettverket. De som opplevde at de ikke hadde nær kontakt med ledelsen mente de sto mye friere, men at det tverrfaglige miljøet var mindre. Dette gjorde det utfordrende med tverrfaglig samarbeid og henvisninger av aktuelle pasienter til musikkterapi. Ærø (2016) viser også til en sammenheng mellom lederes nivå av engasjement rundt musikkterapien og kontakt med musikkterapeuten. Engasjerte ledere hadde klart definerte prosjektplaner og stor tilstedeværelse, mens ikke fullt så engasjerte ledere hadde kun personalansvar, for eksempel med tanke på lønn. Ledere som ikke var engasjert i den daglige driften av musikkterapeutens virke, så heller ingen feil eller mangler ved organiseringen eller lederstrukturen.

I sin doktorgradsavhandling utforsket Ledger (2010) utfordringene musikkterapeuter møter når musikkterapi blir introdusert i etablerte pediatrik helsefaglige team. Ledger (2010) hadde som mål å lære om musikkterapeuters opplevelser knyttet til å utvikle nye musikkterapi tilbud i helseorganisasjoner, avdekke effektive strategier for dette, og å utforske hvordan kvalitativ forskning kan være med på å bidra til å etablere flere musikkterapistillinger. Dette ble gjort gjennom etnografisk feltarbeid ved et sykehus i Irland og innhenting av skildringer fra musikkterapeuter i Australia, Canada, Irland, Storbritannia og USA. Hun mente at feltarbeid var nyttig for å få en egen forståelse av sykehusets kultur, og at hun da kunne observere musikkterapeutens interaksjon med de andre ansatte. Blant annet identifiserte hun nøkkelpersoner, eller *gatekeepers*, blant de ansatte som var viktige for implementeringen av musikkterapien (Ledger, 2010).

Videre identifiserte Ledger, Edwards, & Morley (2013) viktige elementer til ettertanke når en ny profesjon skal implementeres. De mente at det var viktig med *gatekeepers* som kjempet for implementeringen, og som videre hadde innflytelse på andre i hierarkiet. Gatekeepers er nødvendigvis ikke personer i formelle lederstillinger, men kan være personer som flere ansatte har tiltro til. Ledger et al. (2013) mente også at de ansattes generelle vilje til å endre seg var viktig, da det er en stor endring å forholde seg til en ny og ukjent profesjon. Implementering av en ny profesjon har også en medført risiko for å øke arbeidsmengden til de i hierarkiet som musikkterapeuten kommer til å interagere med (Ledger et al., 2013). Noen av de ansatte vet kanskje ikke hva endringen vil føre med seg, og hvilken rolle musikkterapeuten kommer til å ha; skal musikkterapi tilbys til de som sitter på venterommet, eller skal det være for pasienter på isolasjon? (Edwards, 2005)

Det å få innpass i et hierarkisk system hvor sykepleiere snakker med sykepleiere og leger snakker med leger, kan altså vise seg å være vanskelig (Ledger et al., 2013). Hvis en musikkterapeut skal få plass i systemet må det en endring til hos alle i hele systemet: ”A change management perspective highlights the important role of others in organizational change and emphasises the impact of change on other workers’ values, practices, roles and identities” (Ledger et al., 2013, s. 727). Hele det tverrfaglige samarbeidet er da viktig når organisasjonen gjennomgår endringsprosesser for å tilpasse og forbedre seg (Eriksson-Zetterquist, Kalling, Styhre, & Woll, 2014). Twyford (2008) konkluderer blant annet med at det tverrfaglige samarbeidet ikke bare er viktig for at musikkterapeuten skal implementeres, men at endringsprosessen også bør ha et fokus på at produktet, barnets behandling, skal være det aller beste. Musikkterapien kan for eksempel bidra i den tverrfaglige helheten med å identifisere nye behov fra barnets side (Twyford, 2008). I en endringsprosess involveres de fleste i en organisasjon, for eksempel i en pediatrik kontekst hvor alle i det tverrfaglige teamet spiller en viktig rolle for hvordan sluttresultatet av prosessen skal se ut.

1.3 Min motivasjon

Årets musikkterapi-kull som uteksamineres ved Universitetet i Bergen er stort, med 14 studenter. Vi har i løpet av det siste året sett at det er svært få musikkterapistillinger som blir lyst ut i Norge, og vi går dermed en usikker tid i møte. Mange av oss vil dermed kunne oppleve at vi selv må være pådrivere for å opprette musikkterapistillinger i det fagfeltet vi selv har lyst til å jobbe innenfor. Spørsmål om hvilke prosesser vi da må igjennom, og hva vi

kan forvente av fagmiljøet som hver enkelt vil inn i, er relevante. Det fagmiljøet jeg aller helst vil inn i er pediatrien, og sjansen er derfor stor for at jeg må igjennom implementeringsarbeid, da dette er et fagfelt i norsk musikkterapi hvor det ikke er så mange musikkterapeuter fra før av. Det å starte opp en ny stilling, og deretter skrive om den i en begrenset masteroppgave, ville vært et alt for stort prosjekt. Jeg var derfor så heldig å få mulighet til å studere en musikkterapistilling i pediatrien, som i starten av 2016 begynte på en implementeringsprosess. Dette så jeg på som veldig spennende, og mine observasjoner og erfaringer fra denne studien, kommer helt sikkert til nytte når jeg er ferdig uteksaminert. Kanskje kommer det også til nytte for mine medstudenter.

1.4 Problemstilling

I dag må det som oftest opprettes nye stillinger til alle som tar musikkterapiutdanning i Norge, og Ærø (2016) er en av få som har utforsket implementeringsproblematikk rundt musikkterapi i ulike fagfelt i Norge. I et voksende musikkterapifagfelt er dette et økende behov. I Australia ser forskere at mangel på evaluering og forskning i musikkterapifeltet er med på å skape vanskelige arbeidsforhold for musikkterapeuter (Abad & Williams, 2009).

Det er noen få, men viktige studier som utforsker organisasjonsaspekter rundt musikkterapistillinger i pediatrien (Ledger, 2010; Mangersnes, 2012; Ærø, 2016). Disse studiene er brede og ser på flere musikkterapistillinger og settinger, som tidligere beskrevet. Det er derfor behov for en fokusert studie om implementeringen av musikkterapi i pediatrien, og studien bør ha et spesielt fokus på organisasjonsaspekter som kan påvirke implementeringsprosessen. For å få brede nok beskrivelser bør studien bruke metoder som etnografisk feltobservasjon og intervjuer.

Jeg vil utforske perspektiver fra musikkterapeut, annet helsefaglig personell og ledelse ut ifra følgende problemstilling:

Hvordan oppleves implementeringen av et musikkterapitilbud ved en barneklinnikk?

Jeg har hatt følgende arbeidsspørsmål til arbeidet:

Hva har musikkterapeuten gjort for å få innpass i et allerede dannet hierarki?

Hva har annet helsefaglig personell/ledelsen gjort for/mot denne nye profesjonen?

Hvilke elementer har hjulpet eller hindret implementeringen?

2 Utdyping av teori

I dette kapitlet utdyper jeg om teoretisk grunnlag for oppgaven. Siden jeg ser på organisasjonsaspekter ved implementeringen av musikkterapi, er organisasjonsteori et naturlig valg som teoretisk rammeverk. Dette ble valgt fordi jeg utforsker hvordan en nyopprettet musikkterapistilling passer inn i en eksisterende organisasjon. Det vil derfor ikke bli gjort rede for musikkterapiteorier, da de musikkterapeutiske interaksjonene ikke vil bli utforsket i denne masteroppgaven. Organisasjonens viktige elementer vil bli beskrevet rundt fem begrepspar. Viktig for konteksten er også beskrivelsene om *profesjon* og hvor musikkterapien står som profesjon i Norge, i tillegg til teori om *implementering*.

2.1 Organisasjon og organisasjonsteori

En definisjon på "organisasjon": et sosialt system som er satt sammen for å samhandle om å kunne drive med tjenesteproduksjon, dvs. utføre bestemte oppgaver, realisere bestemte mål, eller lage ett eller flere produkter (Askeland, 2013; Busch, Dehlin, & Vanebo, 2010; Eriksson-Zetterquist et al., 2014; Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Organisasjoner kan med tanke på denne definisjonen være store internasjonale firma som Statoil, ideelle som Røde Kors, eller statlige regjeringer. Men det kan også være idrettslag, kulturfestivaler, olympiske leker, samt grupperinger av kollegaer, familie og venner. Likevel blir nok begrepet "organisasjon" forbundet mest med de førstnevnte, og det kan derfor skilles mellom "organisasjoner" og andre sosiale grupperinger av mennesker som også arbeider sammen om et mål (Busch et al., 2010). En "organisasjon" kan dermed kjennetegnes ved to særpreg: (1) det arbeides i felleskap mot ett eller flere spesifikke mål, som for eksempel tilfredsstillende lønnsomhet og høy produktkvalitet; (2) organisasjonen formaliseres gjennom myndighetenes regler og prosedyrer, som for eksempel regulert arbeidstid og regnskapsføring (Busch et al., 2010).

Denne definisjonen passer også godt til en medisinsk kontekst der det sosiale systemet er alle ansatte ved institusjonen, og tjenesteproduksjon med oppgaver om å lage ett eller flere produkter, primært er pasientbehandling. Én enkelt klinikk, som for eksempel en barneklinikk, fungerer som en egen organisasjon innad i en større organisasjon.

2.2 Viktige elementer i organisasjoner

Organisasjonsteori er et nokså stort felt, og det er variasjoner fra land til land. Det er derfor mest naturlig å knytte masteroppgaven opp mot organisasjonsteori som beskriver en norsk kontekst. Tre relevante lærebøker er publisert på norsk, hvor to av lærebøkene trekker frem *atferd, ledelse og formelle og uformelle elementer*, som viktige elementer i organisasjonen (Busch et al., 2010; Jacobsen & Thorsvik, 2013). Den siste boka trekker frem fem begrepspar som er viktige elementer i forståelsen av organisasjoner: (1) formell struktur og uformell struktur, (2) stabilitet og endring, (3) rasjonalitet og ikke-rasjonalitet, (4) organisasjon og menneske, og, (5) mann og kvinne (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). Jeg velger å bruke disse fem begrepsparene som et grunnlag for videre utdyping av organisasjonsteori, da de gir et bredt grunnlag for analyse og videre diskusjon i artikkelen.

2.2.1 Formelle strukturer – uformelle strukturer

De formelle elementene i organisasjonen er som oftest skriftlig nedtegnet, og består i hovedsak av mål, strategier og organisasjonsstruktur. Herunder er stillingsinstrukser og retningslinjer til en større gruppe arbeidstakere og til den enkelte arbeidstaker, som sier noe om hvor stor handlefrihet den enkelte ansatte har. Offentlige lover og reguleringer skaper i tillegg generelle rammebetingelser for organisasjonen (Eriksson-Zetterquist et al., 2014; Jacobsen & Thorsvik, 2013).

2.2.1.1 Hierarki

I et *hierarki* er det de på toppen av hierarkiet som har makten, og det er et begrep som kan brukes om både formelle strukturer og uformelle strukturer. Mest utpreget av formelle hierarkier i Norge er kanskje rangordningen i militæret, men hierarki forekommer også i sivile organisasjoner, som for eksempel et sykehus, eller innenfor en mindre avdeling underlagt sykehuset (Skirbekk, 2016). Alle større organisasjoner har et formelt organisasjonskart som viser alle ledelsesnivåer og avdelinger. Herunder kommer også stillingsinstrukser til den enkelte ansatte som sier noe om hvem som har ansvar for hva. Dette er rene formelle strukturer. I alle samfunn forekommer det også uformelle hierarkier, for eksempel innenfor en gruppe ansatte som formelt sett er på det samme nivået i det formelle hierarkiet. De uformelle hierarkiene, for eksempel gruppedannelser og samhandlinger, kan påvirkes av ansattes egne holdninger og atferd (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

2.2.1.2 Organisasjonskultur

Organisasjonskultur sier noe om uskrevne regler og normer innenfor det sosiale miljøet i organisasjonen, men også om mye annet. Det kan handle om hvilken atferd som aksepteres – *hvem er vi og hvordan gjør vi det her*, som videre bygger på felles identitet og verdier innad i organisasjonen (Busch et al., 2010; Jacobsen & Thorsvik, 2013). Innad i organisasjonskultur kan det forekomme maktforhold og interessekonflikter, hvor enkeltindivider i organisasjoner har ulike mål og syn på hva som er viktig, og hvordan ting skal gjøres på best mulig måte (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

2.2.1.3 Ledelse

Lederskap har mange definisjoner, men et utgangspunkt for de fleste definisjoner er at lederen og ledelse er avgjørende for å organisere virksomheter og for virksomhetens framgang (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). Organisasjonens ledelse påvirkes av både de formelle og de uformelle elementene. Ledelsen skal kunne garantere for at organisasjonens interessenter får oppfylt de krav som er bestemt i gjeldende kontrakter, og må også arbeide etter offentlige direktiver (Busch et al., 2010; Jacobsen & Thorsvik, 2013). Men lederskapet påvirkes også av uformelle faktorer, som lederens individuelle karaktertrekk, atferd, interaksjonsmåte og evnen til å påvirke andre (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Dette er som oftest en administrativ rolle i organisasjonen, men på et sykehus er det mange forskjellige lederroller som har ganske forskjellige oppgaver. Lederrollene som er relevante for denne oppgaven er klinikkledelsen og avdelingsleder. Klinikkledelelsen har for eksempel i oppgave å lede og utvikle den daglige driften ved klinikken, mens avdelingsleder blant annet har personalansvar på sin avdeling, som ansettelse og lønn. På sykehus er det også andre lederroller, som for eksempel overleger og leger, som tar beslutninger om hvordan behandlingsforløpet til den enkelte pasient skal se ut.

2.2.2 Stabilitet – Endring

Stabilitet henviser på et generelt nivå til at organisasjonens varer og tjenester etterspørres fra omverdenen, slik at produksjon og arbeidskraft kan fortsette å bestå. Når det gjelder sykehus, vil dette sannsynligvis aldri bli et problem, da det alltid vil være pasienter som trenger behandling. Organisasjoner må derimot hele tiden forholde seg til endringer som skjer i omverdenen, for å kunne tilfredsstillende omverdets krav til resultat. I dag er det få organisasjoner i Norge som gjennomgår radikale endringer, men alle må hele tiden finjustere seg for å kunne overleve (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). I de aller fleste tilfeller er endring

forbundet med kostnader, men det er bedre å være villig til å endre seg, enn å tviholde på tradisjon. Implementering av nye profesjoner og metoder er også eksempler på slike endringer. For at implementering av en ny metode, profesjon, e.l., skal bli vellykket, må det en holdningsendring til hos de ansatte (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). De som vil innføre endringer, møter ofte motstand i form av for eksempel frykt for det ukjente, tap av identitet, endrede maktforhold og økt arbeidsmengde (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

2.2.3 Rasjonalitet – ikke-rasjonalitet

Rasjonalitet og ikke-rasjonalitet er i filosofien begreper knyttet til henholdsvis *fornuft* og *fornuftstridighet*, hvordan viten bare kan oppnås gjennom fornuften (Svendsen & Säätelä, 2007). I organisasjonsteorien knyttes det derimot opp mot begreper som lovstridig, standardisering, kontroll, rutiner og tydelighet, og beslutningstaking (Eriksson-Zetterquist et al., 2014; Jacobsen & Thorsvik, 2013). Det å være rasjonell i bruk av metoder og styreform, er tilpasset en hver spesifikk situasjon og praksis. Begrepet er derfor problematisk da det innenfor en og samme situasjon kan være rasjonelt i ett perspektiv, men irrasjonelt i et annet perspektiv. For eksempel kan beslutningen om å rasjonalisere en virksomhet ofte bety å redusere bedriftens kostnader, men det kan samtidig bety at det er x-antall ansatte som mister jobben sin (Eriksson-Zetterquist et al., 2014).

2.2.4 Organisasjon – menneske

En organisasjon er noe mer enn en samling individer. Menneskene, som til enhver tid er medlemmer/ansatte i en gitt organisasjon, påvirker organisasjonen kontinuerlig. Det er på mange måter en blanding av *individualisme*, hvor individene påvirker organisasjonen, og *kollektivism*, hvor organisasjonen påvirker sine ansatte (Askeland, 2013). De ansattes aktiviteter, samhandlinger og organisering av produksjon og ledelse gjør at driften av organisasjonen blir praktisk mulig (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). Menneskene i organisasjonen kan bestå av personer fra samme fagområder, eller av personer med ulike fagområder, og blir dermed en tverrfaglig organisasjon.

2.2.5 Mann – kvinne

Forskjeller mellom menn og kvinner er i dag et vidt diskutert tema. Det er kanskje i organisasjoner profesjonsstereotyper er blitt etablert, for eksempel at sjefens kjønn underforstått er en mann, eller at en sykepleier underforstått er en kvinne (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). Ved lokasjonen jeg foretok min datainnsamling, var det ikke

overraskende kun et fåtall mannlige ansatte, og jeg hadde uansett ikke noe særlig interaksjon med dem, kun korte samtaler. Musikkterapeuten her var forøvrig også kvinne. Fordeling av kjønn på de ulike profesjonene er en aktuell diskusjon, men på grunn av at ingen av mine intervjuobjekter snakket om dette temaet, viste det seg å ikke være relevant for presentasjon av resultater eller den videre diskusjonen. Temaet mann/kvinne er derfor ikke inkludert i artikkelen. Videre forskning på dette temaet kan derfor være interessant for å se om kjønn, både på musikkterapeut og andre ansatte, ville hatt en innvirkning på implementeringsprosessen i denne type kontekst.

2.3 Musikkterapi som profesjon

En *profesjon* kan defineres som et faglært yrke (Gundersen, 2016), men kan også forstås kun som et definert levebrød. I en mer snever form kan profesjon bli sett på som et yrke hvor enten fagbrev eller offentlig autorisasjon er påkrevd. En profesjon med godkjent autorisasjonsordning fra myndighetene, har en beskyttet profesjonstittel. Da er det kun personer med godkjent utdanning og autorisasjon som har lov til å utøve yrket og i tillegg bruke profesjonstittelen. Pr. mai 2017 har ikke musikkterapi i Norge en slik godkjent autorisasjonsordning. Helse- og omsorgsdepartementet vedtok i 2014 å ikke inkludere faget som en del av helsepersonellovens autorisasjonsordning (Meld. St. nr. 25, 2014). Musikkterapi har likevel fått en statlig stillingskode, slik at når en kommune står for ansettelse av en musikkterapeut, skal musikkterapeuten ansettes i stillingsgruppen med krav om mastergrad (Bjerke, 2015). I offentlig sammenheng gis det da ingen mulighet til misbruk av musikkterapeutittelen, mens i privat sammenheng kan hvem som helst kalle seg for musikkterapeut uten noen form for utdanning. Dermed kan det skape vansker for musikkterapeuter med masterutdannelse når de går igjennom en implementeringsprosess.

2.4 Implementering

[...] implementation is often a 'team sport,' problems arise when some feel committed to implementation but others do not. (Weiner, 2009, s. 2)

Begrepet *implementering*, som er brukt i masteroppgavens tittel, kommer fra latinske *implere*, og betyr *fylle, gjøre ferdig*, og er synonyme til *å forbedre, iverksette, oppfylle* og *supplere* (Kunnskapsforlaget, 2017). Begrepet speiler til det å iverksette eller å realisere, altså

gjøre det som skal til for at noe skal fungere, og relaterer seg til forskning når resultater fra forskning skal innlemmes/igangsettes i praksis, eller når innlemmelsen/igangsettelsen av et nytt tiltak skal evalueres. Kvaliteten av implementeringen av et tiltak kan deles i to, *programintegritet* og *tiltaksintegritet*, som henholdsvis viser til om tiltaket faktisk blir gjennomført, og om hvordan tiltaket blir formidlet til målgruppen (Dale, 2014). Implementeringsarbeid kan også skje innenfor mange andre områder, for eksempel implementering av nye behandlingsmetoder (Wolff et al., 2015), fra forskning til praksis (Damschroder et al., 2009), elektronisk databehandling (Nordbø, 2016), og av offentlig registre av overgrepspersoner (Tewksbury, Jennings, & Zgoba, 2012).

Tidsskriftet *Implementation Science* (IS, 2016), har som mål: "[...] to publish research relevant to the scientific study of methods to promote the uptake of research findings into routine healthcare in clinical, organisational or policy contexts". Et søk gjort i tidsskriftets egen database viser imidlertid at det ikke er gjort noen publikasjoner om musikkterapi, pr. 24. Oktober 2016. Et søk om *implementation*, gjort samme dag i *Journal of Music Therapys* egen database, gir derimot treff til over 100 artikler, for eksempel implementering av musikkterapeutisk fysiologisk måleinstrument (Sutton, 1984), Retningslinjer for utforming og implementering av randomisert kontrollerte studier i musikkterapi (Bradt, 2012), implementering av musikkterapi i operasjonssaler (Palmer, Lane, & Mayo, 2015) og for personer med demens (Suter, Elalem, Eisenson, White, & Yanamadala, 2015). Felles for de nevnte er at det er evaluering av implementering av musikkterapi, gjort av musikkterapeuter, publisert i et musikkterapididsskrift. Her er det altså rom for større tverrfaglighet, og en studie som ser på organisasjonsaspekter ved implementering.

Innenfor musikkterapifeltet i Norge er det i økende grad behov for å evaluere implementeringen av musikkterapitilbud i stadig nye fagfelt, og følgelig er det gjort mest der hvor musikkterapien har fått fotfeste, for eksempel psykisk helsevern (Dale, 2014). Det etterspørres også støtte fra regjering og Stortinget til å kunne implementere enda flere musikkterapeuter inn i spesialhelsetjenester (Rolvjord, 2015). Økt støtte er et nødvendig bidrag både i utdannings- og implementeringssammenheng, da et estimat sier at det på landsbasis er et behov for 900 nye musikkterapeuter de neste årene, altså en firedobling av dagens ca. 300 musikkterapeuter. Følgelig vil implementering av musikkterapi tilgjengeliggjøre et dokumentert effektivt supplement til medisiner og samtaleterapi for helsevesenet (Representantforslag 97 S, 2016-2017, s. 2).

3 Utdyping av metode

Jeg valgte å utføre en *fokusert etnografisk studie* i denne masteroppgaven, som muliggjorde en bred beskrivelse av perspektiver og temaer som kom frem gjennom observasjon og intervjuer. Jeg brukte *semi-strukturerte intervju*, og *snowball sampling* for å finne intervjudeltakere. En *praksisperiode* er også knyttet til masteroppgaven. Masteroppgaven er dermed gjort med et kvalitativt studiedesign, som gjør at materialet som samles inn består av tekst, som for eksempel feltnotater og transkripsjoner av intervjuer. Tekstmaterialet gjør det mulig å kunne beskrive og analysere karaktertrekk, sammenhenger og fenomener som er hentet fra det som studeres. Dette til forskjell fra kvantitative studiedesign som bygger på talldata, og søker etter universelle sannheter (Malterud, 2011).

Jeg vil her beskrive hver av metodene som jeg har brukt: *fokusert etnografisk studie*, og *semi-strukturert intervju* med *snowball sampling*. Deretter vil jeg beskrive prosessene rundt transkripsjon, kondensering og analyse av datamaterialet jeg har samlet inn. Jeg avslutter dette kapittelet med å beskrive hvordan jeg innlemmet direkte sitater fra intervjuene og inn i artikkelen.

3.1 Fokusert etnografisk studie

Fokusert etnografisk studie er en variant av den mer tradisjonelle etnografiske studien. Felles for dem begge er termen *etnografi*, som er satt sammen av *etno* og *grafi*. Greske *etno* henviser til folk og kultur, mens *grafi* henviser til opptegnelsen og skrivingen som er nødvendig for å skape kunnskap. *Etnografi* er en førstehånds undersøkelse av menneskelig praksis i en kontekst – studien av en gruppe menneskers kultur (Stige & Ledger, 2016). I en tradisjonell etnografisk studie går forskeren inn i et miljø som observatør over en lengre periode, for å se hvordan populasjonen innad fungerer sammen som en gruppe. Observasjonstiden varer gjerne i mer enn ett år, og et slikt tidsperspektiv er nødvendig hvis en forsker skal gå inn i et miljø som er helt ukjent for forskeren selv (Stige & Ledger, 2016). Feltnotater fra observasjonsperioden er den viktigste kilden til data for forskeren, som gjerne blir skrevet ut til lengre tekster, og videre analysert.

En *fokusert etnografisk studie* er mer spesifikk og dermed mindre i omfang. Forskeren går inn i et miljø som han eller hun har noe kunnskap om fra før av, men er igjen avhengig av teknologisk audiovisuell hjelp til å kunne samle nok data til videre analyse (Knoblauch,

2005). Min bakgrunnskunnskap var en praksisperiode ved en annen pediatrik sengepost, formelt og fysisk adskilt barneklirikken hvor jeg senere gjennomførte observasjonsperioden. Datasamlingen ble gjort ved hjelp av *observasjon, feltnotater og semi-strukturerte intervjuer*.

3.1.1 Praksisperiode

I en fokusert etnografisk studie, bør forskeren ha forkunnskaper om miljøet han eller hun trer inn i (Knoblauch, 2005). Som en del av utdanningsløpet på musikkterapistudiet, fikk jeg anledning til å bruke min siste praksisperiode, september 2016 til januar 2017, til å skaffe meg nødvendige forkunnskaper. Denne siste praksisperioden er en praksis der studenten skal virke som selvstendig musikkterapeut, med veiledning fra emneansvarlig på studiet. Det var viktig å ha praksisen et annet sted for å ikke påvirke, eller på noen måte stå i veien for datainnsamlingen til masteroppgaven. Jeg fikk med meg selvopplevd erfaring om hvordan en medisinsk sengepost fungerer, og hvordan musikkterapi kan passe inn. Dette var verdifullt da jeg satte i gang med observasjonsperioden.

3.1.2 Observasjon

Observasjonsperioden skjedde over 8 dager, i to deler. Del 1 som ren observasjon og skygging av musikkterapeuten i 4 dager, og del 2 ble brukt til de semi-strukturerte intervjuene, over 4 dager.

Som observatør fikk jeg utdelt en uniform, lik den musikkterapeuten bærer, men uten noen form for identifikasjon påhengt. Jeg kunne med uniform lettere tre inn i en *deltakende* observasjonsrolle, siden jeg kunne bli sett på som en av sykehusets personale. Dette var på forhånd avtalt med musikkterapeuten, slik at jeg kunne være deltakende hvis for eksempel et barn eller musikkterapeuten inviterte meg inn i et pågående musikkterapeutisk samspill, eller i samtaler med andre fra personalet. Samtidig gav det meg muligheten til å være *ikke-deltakende*, alt etter hva som var mest naturlig for situasjonen. Uavhengig min deltakerrolle, ble jeg i alle situasjoner presentert som student av musikkterapeuten, og at jeg var der for å observere henne. Som ikke-deltakende og deltakende observatør påtas også roller som *outsider* og *insider*³, hvor en etnografisk forsker i de aller fleste tilfeller vil være en *outsider*, eller nykommer, i det miljøet som observeres, og forskerens relasjon til miljøet og dets

³ De engelske begrepene *outsider* og *insider* brukes i mangelen av gode norske oversettelser.

medlemmer vil være i konstant endring (Naples, 2003). Hvem som får "status" som *outsider* og *insider* i et miljø er opp til hver enkelt av medlemmene i miljøet. Likevel kan personer som blir omtalt som en *insider*, føle seg som en *outsider* (Naples, 2003). Jeg hadde en veldig kort observasjonsperiode på bare 4 dager, noe som gjorde det nokså lite trolig at jeg ble sett på som en *insider*, men det var nok en fordel at jeg kjente til musikkterapeuten fra før. For min egen del var det litt varierende om jeg følte meg mest som insider eller outsider. For eksempel følte jeg meg som insider i samtaler med leketerapeutene og i musikkterapisesjoner hvor jeg var deltakende. Følelsen av å være outsider var oftere tilstede, for eksempel i de fleste interaksjoner med sykepleiere og andre tilfeldige samtaler med andre ansatte som jeg ikke visste hvem var. Av foreldre og utenforstående ble jeg nok sett på som en insider på grunn av at jeg brukte blå uniform, mens jeg i intervjuene, hvor jeg brukte mine private klær kanskje igjen ble sett på som en outsider.

3.1.3 Feltnotater

Feltnotater er beskrevet som lite brukt i fokusert etnografiske studier, og siden tidsperioden for observasjon er relativt kort, er video og lydopptak et mye bedre verktøy for å samle inn nok data til analyse (Knoblauch, 2005; Wall, 2014). Likevel, siden video og lydopptak ville ha krevd skriftlig samtykke fra alle jeg møtte, bestemte jeg på grunnlag av etiske vurderinger og vurderinger over praktisk gjennomførbarhet, at feltnotater var mest passende. Feltnotatene ble skrevet på en så diskret måte som mulig, aldri i nærvær av pasienter, og hvis det lot seg gjøre, ikke i nærvær av andre ansatte. Dette for at ingen skulle føle seg observert eller vurdert, selv om grunnlaget for min tilstedeværelse ikke var hemmelig på noen måte.

Feltnotatene ble etter hver observasjonsdag skrevet ut til lengre, fullstendige tekster, mens jeg fortsatt hadde observasjonsdagen godt i minnet. Jeg skrev både rene observasjonsbeskrivelser ut fra feltnotatene, i tillegg til avsnitt i kursiv med mine egne tanker om situasjonene som nettopp var blitt beskrevet. Disse tekstene ble senere analysert sammen med de semi-strukturerte intervjuene.

3.2 Semi-strukturert intervju

Intervjumetoden semi-strukturert intervju, er det som Kvale & Brinkmann (2015) omtaler som *semi-strukturert livsverdensintervju*, men *dybdeintervju* og *ustrukturerte*

intervjuer er også gode beskrivelser av metoden (Malterud, 2011). Intervjumetoden har til hensikt å hente intervjuobjektets egne beskrivelser på fenomenene som oppstår i dens egen livsverden, for eksempel på arbeidsplassen. Det er meningen å gå i dybden i intervjuet, men hvor langt ned det er realistisk å komme påvirkes av problemstilling og relasjonen mellom forsker og intervjuobjekt (Malterud, 2011). Til semi-strukturerte intervjuer, skal det utformes en intervjuguide med temaer, stikkord og veiledende spørsmål. Intervjuet skal være en tilnærmet dagligdags samtale, med spørsmål som verken er helt åpne eller som er som et lukket spørreskjema (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011).

Siden jeg brukte intervju som en forlengelse av fokusert etnografisk studie, kunne jeg ikke sette opp en helt fastsatt intervjuguide. Etter hvert som jeg ble bedre kjent med sykehuskonteksten og barneklubben, både gjennom praksisperioden og observasjonsperioden, måtte jeg være mottakelig for at nye temaer og situasjoner kunne dukke opp, og at jeg da kanskje ville få nye forståelser av den medisinske konteksten. Jeg satte derfor opp en fleksibel intervjuguide med relativt åpne spørsmål, slik at det var rom for at både intervjudeltakerne og jeg kunne bevege oss inn på nye tema (se vedlegg 2 for fullstendig intervjuguide).

3.2.1 Snowball sampling og intervjudeltakere

Snowball sampling, eller *chain-referral*, er både en kvalitativ og en kvantitativ metode, men er nok mest brukt i kvalitativ metode med tanke på behovet for antall deltagere (Cohen & Arieli, 2011). Metoden kan hjelpe forskeren med å lokalisere nye eventuelle intervjudeltakere, ved at tidligere intervjudeltakere blir spurt om hvem forskeren bør intervju videre i studien. I masteroppgaven min var dette viktig for å få best mulig data, da det ikke var sikkert at alle ansatte ved barneklubben hadde vært like mye involvert i utviklingen av musikkterapi tilbudet. Samtidig kunne jeg møte på problemer som: "What we didn't learn because of who would not talk to us" (Grogger, Mayberry & Straker, 1999, sitert i Cohen & Arieli, 2011, s. 429), som kan ha påvirket resultatet, i den grad at ikke mange nok forskjellige nyanser på implementeringsprosessen fikk mulighet til å komme frem.

Jeg hadde på forhånd en plan om å intervju to musikkterapeuter, 2-3 fra andre helsefagområder, og 1-2 fra ledelsen ved klubben. Etter et møte med ledelsen før oppstart av observasjonsperioden, bestemte de seg imellom hvem av de jeg kunne intervju. Denne lederen fant også to sykepleiere som jeg kunne intervju. Musikkterapeuten var en selvsagt intervjudeltaker, siden hun er den eneste på avdelingen, men hun hjalp meg med å finne en

lege og en musikkterapeut som tidligere hadde hatt tilknytning til barneklubben. I denne masteroppgaven har jeg hatt individuelle intervjuer med én fra avdelingens ledelse, én lege, to sykepleiere, en tidligere musikkterapeut, og den nåværende musikkterapeuten; i alt, 6 intervjudeltakere.

Intervjuene ble gjort i løpet av 4 dager, umiddelbart etter endt observasjonsperiode. Tidspunkt for intervjuene avtalte jeg med hver enkelt, avhengig av når den enkelte intervjudeltaker hadde tid på sin timeplan, derfor ble rekkefølgen på intervjuene tilfeldig: legen, de to sykepleierne, den nåværende musikkterapeuten, lederen, og til slutt den tidligere musikkterapeuten. Intervjuene hadde varierende lengde, fra ca. 20 minutter til i overkant av 90 minutter.

3.2.2 Intervjuene

Før hvert enkelt intervju startet, måtte hver enkelt intervjudeltaker lese igjennom et informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 4), utarbeidet etter mal fra nettsidene til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Det ble ikke stilt noen spørsmål fra intervjudeltakerne om hverken informasjonsskriv eller samtykkeskjema. Selve intervjuene ble spilt inn på en *ZOOM HI handy recorder*. Jeg noterte også stikkord og tema i en skriveblokk, som jeg kunne ta opp senere i intervjuet, og i tillegg bruke i de kommende intervjuene.

Alle intervjuene ble gjennomført etter intervjuguiden, i tillegg til at temaer som kom opp underveis i intervjuet ble utforsket videre. Når seks intervju skal gjennomføres, er sjansen stor for at noen problemer oppstår. I intervjuet med legen fungerte ikke lydopptakeren som den skulle, noe jeg ikke oppdaget før senere samme dag. Jeg skrev derfor et sammendrag av intervjuet etter egen hukommelse, som legen fikk anledning til å kommentere via epost. Dette intervjuet var uansett såpass kort, at jeg mener sammendraget klarte å fange opp de viktigste punktene. Dette ble ikke et problem i de fem neste intervjuene.

Jeg intervjuet legen den siste dagen i min observasjonsperiode, og jeg hadde da på meg den blå uniformen. I de neste fem intervjuene hadde jeg på meg mine private klær, noe som kan ha påvirket svarene intervjuobjektene gav, da de kanskje så på meg mer som en outsider på grunn av klærne. Settingen for intervjuet kan også ha blitt mer formell på grunn av lydopptaker og skriveblokk. Min oppfatning er likevel at dette ikke påvirket resultatene betydningsfullt, da jeg møtte alle intervjuobjektene i løpet av observasjonsperioden, og jeg var av den grunn ikke helt ukjent for dem.

I etterkant av intervjuene sendte jeg en epost til den nåværende musikkterapeuten med oppfølgingsspørsmål. Dette var kun for oppklaring av eksisterende tema fra intervjuet, og endret ikke resultatdelen i noen grad.

3.3 Transkripsjon, kondensering og analyse

Det finnes én grunnregel i transkripsjon: skriv uttrykkelig i rapporten hvordan transkripsjonene er utført (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207).

3.3.1 Transkripsjon

Transkripsjon er for det første tidkrevende arbeid, og med nesten 300 minutter lydopptak som skulle transkriberes, satte det både tålmodighet og konsentrasjon på prøve. Det er i tillegg forbundet med noen tekniske og fortolkningsmessige problemstillinger. De tekniske problemstillingene ble det ikke brukt mye tid på, da jeg brukte mitt eget utstyr som jeg kjenner godt. Lydopptakene av intervjuene ble overført fra et standard SD minnekort til min *MacBook Air*. Her brukte jeg *VLC media player* for å avspille lydfilene, samtidig som at jeg transkriberte i *Microsoft® Word for Mac*.

En fortolkningsmessig problemstilling jeg måtte ta stilling til, var hvordan jeg faktisk skulle gjøre mine transkripsjoner. Dette med tanke på hvordan transkripsjonene skulle utformes, slik at de skulle bli nyttige for den videre analysen. Kvale & Brinkmann (2015) viser til at strenge, ordrette transkripsjoner er nødvendig hvis analysen er lingvistisk, mens transkribering av tonefall og gjentakelser er nødvendig for en psykologisk fortolkning. Siden jeg selv skulle utføre transkripsjonene av intervjuene jeg selv hadde gjort, og i tillegg ville ha tilgang til intervjudydfilene underveis i analyseprosessen, valgte jeg en kombinasjon av de to. Jeg skrev en så ordrett transkripsjon som mulig, med alle gjentatte ord og tenkeord som "eh", og jeg delte opp setningene i kronologisk rekkefølge, inkludert avbrytelser av hverandre. Jeg valgte å starte en ny linje for hver gang enten intervjudeltakeren eller jeg begynte å si noe. Ved tydelige avbrytelser midt i en setning, brukte jeg "..." ved slutt og start. Tabell 1 er et illustrativt utdrag fra ett av intervjuene. For å anonymisere tilstrekkelig her er intervjudeltakerens bokstav byttet ut med "NN", mens min betegnelse er "F".

Transkripsjon

NN, også har vi mer, vi har jo litt sånn med intensiv, operasjon og, eh, kreftsykepleie er vel mer rettet mot selve akkurat bare kreft,...

F, ok

NN, ...kreft...

F, mhm

NN, ...behandling,

F, ok

NN, mens vi har jo egentlig generelt alt...

F, mhm

NN, ...innenfor barnesykepleie

Tabell 1: Utdrag fra transkripsjon av et intervju.

En ordrett transkripsjon kan dessuten være to forskjellige ting: én hvor intervjudeltakerens dialekt blir transkribert så nøyaktig som mulig, med tilhørende særegne dialektord, og en annen hvor intervjudeltakerens dialekt blir transkribert direkte til bokmål, men krydret av særegne dialektord der oversettelse til bokmål ikke ville være mulig. Selv om både min og alle intervjudeltakernes dialekter er ganske ulikt bokmål, valgte jeg å transkribere alles stemmer direkte til bokmål. Dette for å gjøre den kommende analysen enklere ved å slippe forvirring av dialekter. Jeg mener også at min forståelse av intervjudeltakernes dialekter er såpass god at jeg har klart å transkribere deres stemmer på en korrekt måte.

Etter fullført transkripsjon satt jeg igjen med 123 sider med tekst. Dette var ikke 123 sider med tettskrevet tekst, siden det ofte sto kun ett eller få ord på hver linje. Jeg hadde i tillegg 11 sider med feltnotater, som forøvrig var tettskrevet tekst. Etter å ha transkribert alt, var det viktig å skaffe seg et helhetsinntrykk, samt identifisere meningsdannende enheter i teksten (Malterud, 2011). Jeg printet derfor ut alle sidene med intervjutranskripsjoner og feltnotater, og leste gjennom alt. På utskriftene noterte jeg med svart blyant temaer som dukket opp underveis, og en grønn for å markere sitater jeg mente var gode eller viktige.

3.3.2 Kondensering

Etter å ha fått et helhetsinntrykk av stoffet, ville jeg bruke tekstanalyseverktøyet *NVivo*. Jeg oppdaget imidlertid at det ville være fornuftig av meg å gjøre en tekstkondensering av

transkripsjonene, da det ville gjøre det kommende kodingsarbeidet enklere. I tekstkondensering er ikke tekstens lingvistiske oppbygging det viktige, men at tekstens meningsbærende enheter kommer ettertrykkelig frem (Malterud, 2011). Jeg hadde i dette arbeidet allerede temaene fra første gjennomlesning i bakhodet, som gjorde arbeidet noe enklere. Tabell 2 er et illustrativt eksempel på tekstkondenseringen, med samme anonymisering som forrige eksempel:

Transkripsjon	Kondensert tekst
<p>F, ja, når vi kommer inn på musikk da, når hørte du først om musikkterapi?</p> <p>NN, eh, jo eh, det har jeg 'no' hørt om ganske lenge, før [musikkterapeuten] så hadde vi jo en annen en</p> <p>F, mhm</p> <p>NN, eh, og det har vært flere innom, og hun va jo i permisjon en stund og, eh så det er jo noe som har vært opp å gått ganske lenge...</p> <p>F, mhm</p> <p>NN, ... hos oss. Lurer på om ikke jeg husker, eh, jeg hørte om det det når jeg tok videreutdanning og, for da var det en del fokus på dette her med alternativ, smertelindring,</p> <p>F, åja</p> <p>NN, eh,</p> <p>F, det var i 2005, sa du?</p> <p>NN, eh ja</p> <p>F, ja</p> <p>NN, eh, det var, en av oss som holdt på å skrive en oppgave om det, dette med klovner og...</p> <p>F, mhm</p> <p>NN, ...musikkterapi og avledning på andre</p>	<p><i>F, Når hørte du først om musikkterapi?</i></p> <p>NN, Det har jeg vel hørt om lenge, før musikkterapeuten vi har nå, så hadde vi en annen. Og det har vært flere innom, så det er noe som har vært oppe og gått ganske lenge hos oss. Nå, etter at musikkterapeuten vi har nå har kommet inn, så er det jo blitt veldig oppe å gå da, og det med bevisstgjøring blant oss andre også.</p>

måter F, ja NN, men, eh, nå etter [musikkterapeuten] kom inn, så er jo det blitt veldig oppe, oppe å gå da F, mhm NN, litt mer, på kanskje bevisstgjøring blant oss andre og, F, ja NN, mhm	
--	--

Tabell 2: Utdrag fra tekstkondensering av et intervju.

De 123 sidene med intervjutranskripsjoner ble tekstkondensert ned til totalt 30 sider med relativt tettskrevet tekst. Feltnotatene ble ikke tekstkondensert. Disse 30 sidene sammen med feltnotatene ble videre analysert i NVivo i to runder.

3.3.3 Analyse

I en kvalitativ studie med store mengder materiale i form av tekst, bør materialet bli behandlet på en strukturert måte, slik at overfladisk synsing unngås. Analysen skal på mange måter være en brobygger mellom rådata og resultater (Malterud, 2011). Jeg valgte derfor å analysere materialet i to forskjellige runder i analyseprogrammet *NVivo*. Tekstene som ble brukt i begge rundene var de kondenserte intervjuene sammen med feltnotatene. I *NVivo* kunne jeg *kode* tekstene, som vil si at jeg kunne markere en setning eller et avsnitt jeg mente hadde betydning, og gi den en *kode*. Kodene sa noe om betydningen, eller hvilket tema det avmerkede området passet innenfor. Kodene kunne også systematiseres i flere hierarkier, da én kode kunne deles opp i flere forskjellige tema, som ble til nye koder. Eksempler på ulike *koder*, kommer i de to neste avsnittene.

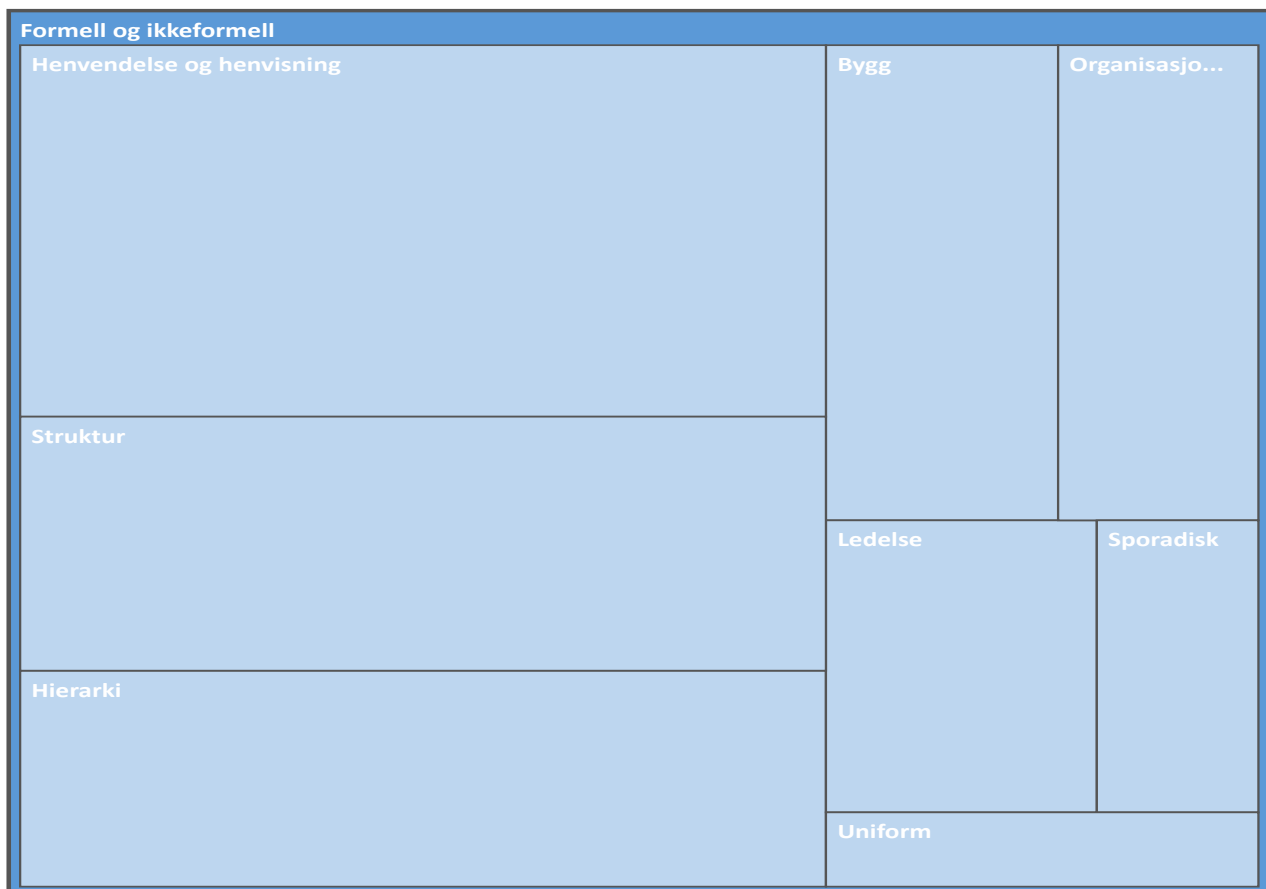
3.3.3.1 NVivo – induktiv

I første runde med *NVivo* brukte jeg en induktiv tilnærming, eller bedre kjent som bottom-up (Malterud, 2011). Denne tilnærmingen er datastyrt, og forskeren tar utgangspunkt i de innsamlede empiriske data for å finne temaer og koder. Det er altså materialet selv som gir forskeren *kodene* som skal brukes. Jeg kan likevel ikke se bort ifra at begreper fra teoridelen i masteroppgaven påvirket meg ubevisst, siden jeg arbeidet med teoridelen før jeg startet med datainnsamlingen.

Jeg *kodet* intervjuene i kronologisk rekkefølge, og lagde nye koder etter hvert som jeg fant de. Eksempler på koder: tverrfaglighet, holdninger, henvisninger, legejournal, bygg, uniform, organisering, møte med barn, internundervisning. I denne første runden gjorde jeg ikke noe forsøk på å lage hierarkier av kodene.

3.3.3.2 NVivo – deduktiv

I den induktive analyseprosessen ble jeg oppmerksom på at mine forkunnskaper fra organisasjonsteori underbevisst påvirket hvordan jeg dannet temaer og koder. Jeg bestemte meg derfor at jeg burde analysere dataene i NVivo én gang til, men denne gangen bruke en *deduktiv* tilnærming, også kjent som top-down (Malterud, 2011). Denne tilnærmingen er teoristyr, noe som vil si at kodene jeg tok i bruk i NVivo, var begreper fra teorigrunnet til masteroppgaven. Disse begrepene ble fungerende som *hovedkoder*, slik at koder jeg hentet fra den første runden i NVivo ble underlagt hierarkisk. Her illustrert grafisk fra koden, *formell og ikke-formell* (figur 1), som endte opp med flest underliggende koder, hvor den mørkeblå underliggende firkanten illustrerer hovedkoden, mens de mindre lyseblå firkantene illustrerer de underliggende kodene og hvor mange referanser de har i forhold til hverandre:



Figur 1: Grafisk eksempel på et av kodehierarkiene, generert av NVivo

3.4 Fra analyse til resultat

Etter å ha kodet tekstmaterialet to ganger satt jeg igjen med to forskjellige utfall av kodingen. Jeg valgte å bruke kodehierarkiet fra den deduktive analysen som grunnlag for resultatdelen. Kodehierarkiet ble da i første omgang brukt som hovedoverskrifter og underoverskrifter. Jeg kunne da sortere inn de kodete tekstene inn under tilhørende overskrift. I tillegg hadde jeg mulighet til å supplere med tekst fra den induktive analysen. Ved å kombinere tekster fra både den induktive og den deduktive analysen, fant jeg ut at litt videre sortering av overskrifter måtte til, noe som blant annet førte til at to av de fire begrepsparene fra organisasjonsteori (organisasjon/menneske og rasjonalitet/irrasjonalitet) ble flyttet ned til diskusjonsdelen i artikkelen. Det var også her jeg innså at begrepsparet *mann/kvinne* ikke var relevant for artikkelen. Dette resulterte likevel til en fyldig og grundig resultatdel som godt beskriver intervjudeltakernes opplevelser og meninger. I resultatdelen ble til slutt følgende overskrifter brukt: *formelle strukturer og uformelle strukturer, stabilitet og endring, og fasiliterende faktorer*. "Implementering" ble erstattet da beskrivelsene intervjuobjektene brukte var beskrivelser om *fasiliterende faktorer*, altså faktorer som forenkler implementeringsprosessen i seg selv.

Sitatene som er brukt i artikkelens resultatdel, er hentet fra den første transkripsjonen som ble gjort, og ikke tekstkondenseringen. Siden artikkelen er skrevet på engelsk, er sitatene også oversatt til engelsk. De ble oversatt på en slik måte at meningen i intervjudeltakerens sitat kommer tydelig frem, men uten at det er gjort noe forsøk på at sitatet skal fremstå som korrekt skriftlig engelsk. Alle mine avbrytelser er ryddet vekk i oversettelsen, sammen med intervjudeltakerens egne tankeord, og de er erstattet med: "...". Tabell 3 er et eksempel fra transkripsjon, oversatt til engelsk:

Transkripsjon	Oversatt til engelsk
NN, jeg synes det er spennende å snakke med folk, så det, er ikke redd for å kontakt med legene eller overlegene eller ... F, mhm NN, ...direktører og sjefer og, og prate med de da, for at det tror jeg er viktig og, F, mhm	I think it's exciting to speak with people, I'm not scared of contacting doctors and physician, or directors or chiefs ... you have to be unafraid to get [music therapy] implemented.

NN, man må være litt sånn uredd inn i, i å få det implementert da	
--	--

Tabell 3: Eksempel på sitat oversatt til engelsk.

Etter å ha skrevet ferdig resultatdelen, med alle sitater og meninger fra intervjuene jeg ville inkludere, gav jeg et tilbud til alle intervjudeltakerne om at de kunne få lese igjennom arbeidet mitt. Dette gjorde jeg for at intervjuobjektene selv skulle få se hvordan de var blitt fremstilt i artikkelen, og fikk dermed mulighet til å kommentere hvis jeg hadde feiltolket deres utsagn. Det var det ingen som gjorde, så resultatdelen ble stående uten endringer fra noen av intervjuobjektene.

4 Drøfting

4.1 Etiske aspekter

I masteroppgaven har jeg behandlet personopplysninger, noe som gjorde at jeg i forkant var nødt til å søke Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) for godkjenning av prosjektet (vedlegg 3). Personopplysninger skulle kun samles inn om intervjudeltakerne. For observasjonsperioden var det nødvendig med en godkjennelse fra sykehuset, og muntlige bekreftelser fra pasienter, foreldre og andre ansatte jeg møtte. I tillegg skrev jeg under på sykehusets egen taushetserklæring, som ikke er vedlagt på grunn av anonymisering.

Anonymisering av deltakere har derimot vært noe utfordrende, siden Norge er et lite land med få universitetssykehus, og enda færre musikkterapiutdanninger. Intervjudeltakerne ble i samtykkeskjemaet informert om at anonymisering ville bli gjort så langt det lot seg gjøre. De ble dermed gjort oppmerksom på at det kan være mulig å identifisere sykehus og barneklipp som studien er koblet til, og dermed til en viss grad mulig å identifisere enkeltpersoner. Jeg har imidlertid ikke sagt noe om intervjuobjektene alder og faktisk posisjon innad på barneklipp, bortsett fra musikkterapeuten, da hun er den eneste musikkterapeuten som for tiden er tilknyttet barneklipp. Dette har musikkterapeuten vært klar over gjennom hele studien. Jeg mener uansett at det ikke har kommet frem perspektiver eller meninger som vil få negative konsekvenser for musikkterapeuten.

4.2 Refleksivitet

Refleksivitet innebærer at jeg som forsker måtte være forberedt på å forkaste både resultater og konklusjoner jeg dannet meg underveis i prosessen (Malterud, 2011), og refleksiv objektivitet innebærer i tillegg at forskeren bør være reflektert over sitt bidrag til produksjonen av kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015). Når det kommer til kunnskap, har jeg i arbeidet hatt som grunnholdning at: ”[...] all kunnskap er ’konstruert’ i den forstand at den er satt sammen av observasjoner og oppfatninger som igjen er påvirket av våre øvrige oppfatninger” (Svendsen & Säätelä, 2007, s. 76). Jeg plasserer meg dermed innenfor den konstruktivistiske forskningstradisjonen, hvor kunnskap er oppnådd gjennom en samarbeidende og konstruerende prosess mellom forskeren og deltagerne/intervjuobjektene. Innenfor et konstruktivistisk perspektiv er forskeren nødt til å være refleksiv gjennom forskningsprosessen, noe som også innebærer å kontekstualisere seg selv og forskningen.

Jeg har i arbeidet med masteroppgaven hatt to ulike roller: én som observerende forsker i et tilnærmet ukjent miljø, som har vært utfordrende og interessant; og én rolle som student med et brennende engasjement for både musikkterapien som blir gitt i pediatrik kontekst, og for musikkterapeutens rolle og plassering i organisasjonen barneklubben. De to rollene har overlappet hverandre i stor grad, både i min praksis på pediatrik avdeling, i observasjonsperioden og i selve skrivearbeidet med masteren. På grunn av de overlappende rollene jeg har hatt, har det vært viktig å være så *refleksiv* som mulig gjennom hele prosessen. Jeg har derfor måtte være bevisst på at mine forutinntatte meninger og konklusjoner kunne være uriktige.

Jeg hadde før observasjonsperioden en tanke om at de fleste avgjørende elementer for en god implementering av musikkterapi lå i ledelsens hender. Dette gjorde at jeg muligens hadde en, i utgangspunktet, litt negativ holdning ovenfor ledelsen. Derimot, etter å ha behandlet alle data, vil jeg påstå at alle i det tverrfaglige teamet spiller like viktige roller for hvordan implementeringsprosessen skal gå, og at elementene for en god implementeringsprosess ligger i alles hender, musikkterapeuten inkludert.

4.3 Kritiske refleksjoner

I denne masteroppgaven har jeg kun sett på et tverrsnitt av en pågående og langtrukken prosess ved implementeringen av en ny profesjon, men studien gir likevel en god

beskrivelse av hvor langt i implementeringsprosessen de har kommet, og erfaringer og perspektiver det så langt har ført med seg. Videre vil jeg reflektere over hovedfunnene i studien: hvordan musikkterapi kan være formelt og uformelt integrert i et tverrfaglig team og rolleforvirring rundt musikkterapistillingen. En kort refleksjon rundt det organisasjonsteoretiske begrepsparet *mann – kvinne* (Eriksson-Zetterquist et al., 2014), vil også bli gjort. Jeg vil knytte refleksjonene til organisasjonsteori og musikkterapilitteratur som er presentert tidligere i masteroppgaven.

4.3.1 Formelt og uformelt integrert i et tverrfaglig team

... musikkterapi som terapi, vil nok trenge relativt lang for tid å komme på linje med de andre som regner seg som behandlere av pasienter, det går jo på at sykehusvesenet har nå et hierarki, som, og en kultur, som, ja, er gammelt. Musikkterapi er jo relativt nytt, og innenfor sykehuset er det vel og ... enda nyere ja, sånn at jeg tenker at en ny faggruppe vil nok bruke, tid på å komme seg inn der de skal være inne ... i det som man tilbyr i spesialisthelsetjenesten per i dag.

Sitatet, som her er hentet fra lederen, gir et godt bilde på hvordan musikkterapi ikke er fullt implementert i det tverrfaglige teamet, verken formelt eller uformelt. Det formelle her er først og fremst begrepet om hierarki, hvor lederen presiserer at sykehuset har et hierarki. I et formelt hierarki innebærer det at de overordnede i hierarkiet har myndighet til å gi ordre om hva og hvordan ting skal utføres (Jacobsen & Thorsvik, 2013). For eksempel bestemmer leger hva slags medisin en pasient skal ha, og sykepleierne gir pasienten denne medisinen. Det er litt uklart hvilket formelt hierarkisk nivå musikkterapeuten befinner seg på, men hun bærer lik uniform som fysioterapeutene og leketerapeutene, siden dette er bestemt av ledelsen. Musikkterapeuten er likevel underlagt sin leder kontraktmessig hierarkisk (Busch et al., 2010), da det er lederen som har personalansvar.

Musikkterapi får uformelt en litt mer flytende rolle, da musikkterapeuten ikke tar direkte ordre fra verken leder, leger eller sykepleier når det gjelder pasienter. Musikkterapeuten jobber derimot ut ifra eventuelle henvisninger, samtidig som hun forhører seg om hvilke pasienter som er tilstede. Innad i sykehuskulturen og det uformelle hierarkiet, er det nok litt usikkert hvor den nåværende musikkterapeuten er pr dags dato. Plassering i det uformelle hierarkiet kommer an på alle medlemmene i hierarkiet, og begreper som *insider* og *outsider* blir igjen aktuelle (Naples, 2003). Selv om leketerapeutene, en del sykepleiere, og kanskje noen leger, behandler musikkterapeuten som en insider, vil nok fortsatt noen stille

spørsmål til hennes tilstedeværelse og dermed indirekte betrakte henne som en outsider. Dette kommer kanskje spesielt til syne når musikkterapeuten blir avbrutt i musikkterapitimer, og må vike for fysioterapeuter, sykepleiere og/eller leger som også vil ha kontakt med pasienten. Dette blir en interessekonflikt og viser til uformelle maktforhold (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Jeg presiserer at det ikke er snakk om medisinske prosedyrer, men for eksempel samtaler og konsultasjoner, som egentlig kan vente til senere. Hvis det er snakk om medisinske, og akutte situasjoner, er det jo en selvfølge at musikkterapeuten må vike.

Selve kvaliteten rundt implementeringsprosessen kan deles inn i to dimensjoner, *programintegritet* og *tiltaksintegritet*. Programintegritet viser til om musikkterapien er iverksatt, med blant annet nødvendige ressurser, rammebetingelser, opplæring, veiledning og nye rutiner for at en ny praksis kan opprettes i organisasjonen. De ikke-eksisterende formelle henvisningene, som lederen så som en kvalitet på implementeringsprosessen, viser da for eksempel til en lav programintegritet. En mangel på faglige retningslinjer og prinsipper om musikkterapi innad på barneklivnikken, fører videre til en lav *tiltaksintegritet*, som viser til hvordan musikkterapien formidles til pasientene.

Som forsker, opplevde jeg i min praksisperiode, disse formelle og uformelle aspektene. Spesielt merket jeg de gangene jeg ble avbrutt av en sykepleier eller en lege som kun skulle snakke med pasienten. Denne praksisperioden begynte før observasjonsperioden, og jeg fikk derfor med meg erfaringer om hvordan det uformelle hierarkiet kan fungere innad på en avdeling. Slike avbrytelser kom ikke tydelig frem i litteraturen jeg har presentert, men det er tett knyttet til rolleforvirring, som kommer tydeligere frem.

4.3.2 Rolleforvirring

... [musikkterapi og klovner er] to vesentlige forskjellige ting ... det ene er terapi, og det andre er underholdning ... hvis det ene ikke blir terapi, så vil det fortsatt å kun være underholdning, og da er det det samme ... musikkterapi. Er et terapeutisk tilbud ... en del av behandlingen ... klovner og deres bidrag, er veldig viktig ... og jeg vil si at for en utenforstående så kan man si at det er to sider av samme sak ... men jeg tror likevel hvis man skal fremme musikkterapi som en terapi, og som en del av en behandling, så vil jeg si at det er vidt forskjellig fra det å være klovner, og det som klovner bidrar med ... i hvert fall er det som vi har tenkt da.

I dette sitatet, som igjen er hentet fra lederen, beskrives musikkterapi og klovner som to vidt forskjellige ting, men samtidig kan en utenforstående se på det som to sider av samme

sak, at klovner og musikkterapi er både underholdning og terapi. Det kan oppstå en rolleforvirring rundt musikkterapeutens faktiske rolle og bidrag i det tverrfaglige teamet, da andre fagpersoner kan uttrykke spørsmål om det bare er fjas og underholdning, eller om det også har noe terapeutisk for seg (Ledger, 2010; Mangersnes, 2012; Ærø, 2016; Ærø & Aasgaard, 2011). Selv opplevde jeg sjeldent å bli kalt for musikkterapeut, eller musikkterapistudent, som jeg presenterte meg som i praksisperioden. Jeg ble heller ofte kalt for gitarmannen, musikk lærer, musikkpedagog, syngemannen etc., noe som gjorde at jeg også her hadde forutinntatte erfaringer som kunne påvirke resultatet i studien.

Rent organisasjonsteoretisk stammer nok denne rolleforvirringen fra ustabiliteten med at det kommer inn en ny profesjonsrolle inn i en allerede etablert kultur og hierarki (Eriksson-Zetterquist et al., 2014). Ustabiliteten blir nok også forsterket siden musikkterapi er en ny og for mange ukjent profesjonsrolle, i motsetning til for eksempel fysioterapi. Det er derfor viktig å arbeide mot at musikkterapeutens rolle raskt blir gjort stabil, gjennom for eksempel at både ledelsen og musikkterapeuten har internundervisning for de andre ansatte om musikkterapiens funksjon og mål.

4.3.3 Profesjonsstereotyper

Profesjonsstereotyper er eksisterende innenfor alle fagfelt i samfunnet, det går ikke bare på kjønn, men også seksuell orientering, etnisitet, alder, osv. Sykepleierprofesjonen har vært og *er* dominert av kvinner, mens ledere, leger og psykologer som fortrinns har vært menn, kan stå overfor et skifte til å bli dominert av kvinner (Normannsen, 2016). Siden musikkterapi er et relativt nytt fagfelt har ikke en stereotypi blitt etablert enda, men det *er* en majoritet av kvinner i musikkterapifeltet også (Hodne, 2008).

Ved barneklubben hvor jeg gjennomførte observasjonsperioden, var det et dominerende antall kvinner i alle organisasjonens ledd, fra ledelse og leger, til sykepleiere og musikkterapeut. Siden dette ikke var et tema som kom frem i noen av intervjuene, sitter jeg igjen med flere spørsmål enn svar; har det hatt en påvirkning på resultatet av forskningen at jeg som mann har gjort en studie på en arbeidsplass med nesten bare kvinner? Ville det vært annerledes hvis musikkterapeuten jeg observerte hadde vært mann? De ansatte ved barneklubben hadde kanskje behandlet både meg og musikkterapeuten annerledes hvis våre kjønn hadde vært det motsatte. I tillegg undres jeg over om ledelsen ved barneklubben hadde handlet annerledes hvis de hadde vært bestående av menn. Forskning om

profesjonsstereotyper innenfor en musikkterapeutisk kontekst vil derfor være naturlig, i takt med at det utdannes stadig flere musikkterapeuter i Norge.

4.4 Implikasjoner for praksis og forskning – veien videre

Temaene som blir beskrevet i denne masteroppgaven handler i stor grad om hvordan musikkterapi passer inn på et sykehus, og hvordan få faget kjent i en pediatrik kontekst. Av intervjuobjektene mine var det ingen som riktig helt visste hvordan musikkterapien skulle utformes på barneklirikken, siden musikkterapeuten hadde fått stort spillerom av ledelsen til å utforske og bli kjent med barneklirikken og kulturen der. Musikkterapeuten uttrykte at det var godt å få denne tiden på å bli kjent, da hun ikke helt visste hva hun gikk til. Siden dette var barneklirikkens første 100% musikkterapistilling, trengte nok også ledelsen tid til å lære hvordan de best kunne bruke denne nye ressursen. Viktige aspekter her er formelle og uformelle strukturer, som for eksempel stillingsbeskrivelse, lokasjoner, henvisninger, og plassering i hierarki. Aspektet med plassering i det uformelle hierarkiet er noe musikkterapeuten selv må arbeide med, og blir fort personavhengig, men de formelle aspektene er noe ledelsen bør bidra med.

POLYFON, kunnskapsklynge for musikkterapi, utarbeidet i 2017 et skriv om "Råd ved tilsetjing av musikkterapeut" (POLYFON, 2017). Her trekker de frem viktige momenter for hvordan å best mulig opprette en musikkterapistilling. Jeg vil spesielt trekke frem punktene om faglig tilrettelegging:

1. Forankring i leiing og god informasjon til fagmiljøa
2. Del av tverrfaglig team, med rett og plikt til journalinnsyn og journalføring
3. Realistisk avgrensing av arbeidsområde og –oppgåver
4. Tilrettelegging for samarbeid på tvers av etatar og sektorar
5. Tilrettelegging for fagleg utvikling, gjennom rettleiing og etter- og vidareutdanning, eventuelt også forskning der det ligg til rette for det
6. Tilgang til eit lydisolert eller lydskjerma musikkrom, med utstyr som samsvarar med tilbodet
7. Tilgang til kontorplass

Alle disse syv punktene er tett relatert til implementeringen av musikkterapi på den aktuelle barneklirikken. Slik jeg ser det, er det ingen av punktene som er fullt gjennomførte,

men de fleste er delvis gjennomført. Musikkterapien er forankret i ledelsen gjennom personalansvar, men informasjonen til fagmiljøene er det mest musikkterapeuten selv som står for. Musikkterapeuten er formelt sett en del av det tverrfaglige teamet, men full inkludering i formelle behandlingsplaner og andre uformelle strukturer, kommer an på de andre fagpersonene i teamet. Musikkterapeuten har bare delvis innsyn i journalsystemet, men har tilgang til å skrive egen musikkterapijournal. Avgrensning av arbeidsområde har vært flytende, med den intensjon at musikkterapeuten skulle få tid til å gjøre seg kjent. Musikkterapeuten har ikke tilgang til et eget lydisolert musikkrom, men hun lagrer instrument og utstyr på et delt lager. Kontorplass blir delt med leketerapeutene. Punk 4 og 5 har jeg ikke nok informasjon til å kunne svare på.

Musikkterapi fikk i 2015 en statlig stillingskode med krav om mastergradsutdanning (Bjerke, 2015). Videre implementering i ulike fagmiljøer står nå på dagsorden, og senest i et representantforslag til stortinget, hvor representantene Anne Tingelstad Wøien og Kjersti Toppe ber regjeringen om å tilrettelegge og stimulere for økt implementering av musikkterapi i helseforetak, ressurser til forskning, og at den nasjonale utdanningskapasiteten av musikkterapeuter økes i fra 2018 (Representantforslag 97 S, 2016-2017). Helseminister Bent Høie var i 2015 avventende, og kommenterte: "... at det er et lederansvar på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten at anbefalte og kunnskapsbaserte metoder [musikkterapi] tas i bruk" (Rolvsjord, 2015). Så da gjenstår det å se hva helse- og omsorgskomiteen sier om representantforslaget når det skal opp til behandling 19. Juni 2017 (Stortinget, 2017).

5 Avslutning

I denne kappen har fokuset vært å greie ut om alle valg og steg som er gjort gjennom hele forskningsprosessen. Samfunnsaktualitet og bakgrunn har kontekstualisert forskningen opp mot musikkterapifeltet, teoretisk grunnlag ble lagt gjennom organisasjonsteori, og forskningsmetodene fokusert etnografi med intervju ble valgt for å få grundige beskrivelser gjennom analyse og resultat. Jeg har gjennomgående kritisk reflektert over de valgene jeg har gjort med tanke på teorivalg, datainnsamling og analysering. I tillegg har jeg kritisk reflektert over min egen refleksivitet som forsker, og rundt to av hovedfunnene i studien. Hovedfunnene viser at en helhetlig holdningsendring i det tverrfaglige teamet må til for at musikkterapi skal bli fullt integrert. POLYFON (2017) sine råd om tilsetting kan være til god hjelp for ledere og andre fagpersoner som skal sette i gang en implementeringsprosess.

Implikasjoner for praksis og videre forskning viser at musikkterapifeltet i Norge er i stadig utvikling, også på Stortinget. Forhåpentligvis blir det fattet et vedtak på Stortinget som gjør at musikkterapifeltet kan få en fruktbar utvikling de neste årene.

Litteratur

- Abad, V., & Williams, K. (2009). Funding and employment conditions: critical issues for Australian Music Therapy beyond 2009. *Australian Journal of Music Therapy*, 20(Special issue), 56-61.
- Askeland, H. (2013). *Hvordan forstå organisasjoner og ledelse organisasjoner? : faglige grunnspørsmål av betydning for organisering og ledelse* Rapport (Diakonhjemmet høgskole. Avdeling for forskning og utvikling : online), Vol. 2013/10.
- Bjerke, M. (2015). Seier for musikkterapeutene, *musikkultur*. Lastet ned fra <http://musikkultur.no/nyheter/seier-for-musikkterapeutene-6.54.138036.6d9293967b>
- Bradt, J. (2012). Randomized Controlled Trials in Music Therapy: Guidelines for Design and Implementation. *Journal of Music Therapy*, 49(2), 120-149. doi: 10.1093/jmt/49.2.120
- Bradt, J. (2013). Pain management with children. I J. Bradt (Red.), *Guidelines for music therapy practice in pediatric care* (s. 15-65). Dallas: Barcelona Publishers.
- Busch, T., Dehlin, E., & Vanebo, J. O. (2010). *Organisasjon og organisering* (6 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Cohen, N., & Arieli, T. (2011). Field research in conflict environments: Methodological challenges and snowball sampling. *Journal of Peace Research*, 48(4), 423.
- Dale, R. (2014). *Evaluering av prosjekt 'musikkterapi' Rapport 2014* Hentet fra https://wpstatic.idium.no/www.rusfeltet.no/2016/11/Evaluering_Hjellestad2014.pdf
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science : IS*, 4. doi: 10.1186/1748-5908-4-50
- Edwards, J. (2005). A Reflection on the Music Therapist's Role in Developing a Program in a Children's Hospital. *Music Therapy Perspectives*, 23(1), 36-44. doi: 10.1093/mtp/23.1.36
- Engedal, K. (2016a). geriatri. *Store Medisinske Leksikon*. Lastet ned 24. oktober, 2016, fra <https://sml.snl.no/geriatri>
- Engedal, K. (2016b). gerontologi. *Store Norske Leksikon*. Lastet ned 24. oktober, 2016, fra <https://snl.no/gerontologi>
- Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T., Styhre, A., & Woll, K. (2014). *Organisasjonsteori*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Fagrådet. (2017). Kraftfull satsing på musikkterapi. Lastet ned 29. mars, 2017, fra <http://www.rusfeltet.no/kraftfull-satsing-pa-musikkterapi/- .WNt-KhLyhE4>
- GAMUT. (2014). Ressurshäfte for musikkterapeuter i eldreomsorgen. https://uni.no/media/manual_upload/GAMUT_ressurshftemusikkogeldre.pdf
- Gundersen, D. (2016). profesjon. *Store Norske Leksikon*. Lastet ned 16. november, 2016, fra <https://snl.no/profesjon>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet Lastet ned fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig->

[retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf](https://www.magicapp.org/app-/guideline/1369/rec/17197)

- Helsedirektoratet. (2016a). Eksternt høringsutkast - Nasjonal faglig retningslinje om demens. Lastet ned 29. mars, 2017, fra <https://www.magicapp.org/app-/guideline/1369/rec/17197>
- Helsedirektoratet. (2016b). *Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge uavhengig diagnose*. Oslo: Helsedirektoratet Lastet ned fra [https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Palliasjon til barn og unge.pdf](https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Palliasjon%20til%20barn%20og%20unge.pdf)
- Helsedirektoratet. (2016c). Psykisk Helsevern. Lastet ned 24. oktober, 2016, fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern>
- Hodne, I. H. (2008). Musikkterapeutene som profesjonsgruppe i Norge. I E. Ruud & G. Trondalen (Red.), *Perspektiver på musikk og helse 30 år med norsk musikkterapi* (s. 219-232). Oslo: Norges musikkhøgskole : I samarbeid med Unipub.
- IS. (2016). Aims and Scope. *Implementation Science - BioMed Central*. Lastet ned 24. oktober, 2016, fra <http://implementationscience.biomedcentral.com/about>
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Knoblauch, H. (2005). Focused Ethnography. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: qualitative Social Research*, 6(3).
- Kunnskapsforlaget. (2017). Ordnett.no. <http://www.ordnett.no/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs. 3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ledger, A. (2010). *Am I a founder or am I a froud? Music therapists' experiences of developing services in healthcare organizations*. (PhD), University of Limerick, Ireland.
- Ledger, A., Edwards, J., & Morley, M. (2013). A change management perspective on the introduction of music therapy to interprofessional teams. *Journal of Health Organization and Management*, 27(6), 714-732. doi: 10.1108/JHOM-11-2011-0119
- Lie, S. O. (2009). *Pediatri. Store Medisinske Leksikon*. Lastet ned 24. oktober, 2016, fra <https://sml.snl.no/pediatri>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mangersnes, J. (2012). "Kva er meg, og kva er systemet?" : ei kvalitativ undersøking av musikkterapeutar sine erfaringar i høve til sin rolle og profesjonalitet i arbeid med born på sjukehus. Bergen: Griegakademiet - Institutt for musikk, Universitetet i Bergen.
- Meld. St. nr. 25. (2014). *Ønsker ikke å autorisere nye personellgrupper*. Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Onsker-ikke-a-autorisere-nye-personellgrupper/id765156/>.
- MIFF. (2016). *Musikk i Fengsel og Frihet*. Lastet ned 13. juli 2016, fra <http://www.musikkifengselogfrihet.no/>
- Naples, N. A. (2003). *Feminism and method : ethnography, discourse analysis, and activist research*. New York: Routledge.

- Nordbø, B. (2016). implementere. *Store Norske Leksikon*. Lastet ned 24. oktober, 2016, fra <https://snl.no/implementere>
- Normannsen, S. W. . (2016, 18. mai 2016). Har fått fag med total jentedominans: Nå må NTNU starte med aktiv guttere rekruttering. Lastet ned 17. april, 2017, fra <http://www.universitetsavisa.no/politikk/2016/05/18/N%C3%A5-m%C3%A5-NTNU-starte-med-aktiv-guttere-rekruttering-57579.ece>
- Palmer, J. B., Lane, D., & Mayo, D. (2015). Surgical Music Therapy: The Significance and Implementation of Music Therapy in the Operating Arena: Table 1. *Music Therapy Perspectives*, miv036. doi: 10.1093/mtp/miv036
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63 - KAPITTEL 6>.
- POLYFON. (2017). *Råd ved tilsetjing av musikkterapeut*. Upublisert manuskript. Universitetet i Bergen.
- Representantforslag 97 S. (2016-2017). *Representantforslag frå stortingsrepresentantane Anne Tingelstad Wøien og Kjersti Toppe om å implementere musikkterapi i helsetenesta og å auke den nasjonale utdanningskapasiteten*. Stortinget, Oslo: Dokument 8:97 S (2016–2017) Lastet ned fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/representantforslag/2016-2017/dok8-201617-097s.pdf>
- Rolvsgjord, R. (2015). Helsepolitikkerne debatterte implementering av musikkterapi i helsetjenestene. Lastet ned 25. oktober, 2015, fra <https://uni.no/nb/news/2015/06/10/implementering-av-musikkterapi/>
- Skirbekk, S. (2016). hierarki. *Store Norske Leksikon*. Lastet ned 24. oktober, 2016, fra <https://snl.no/hierarki>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2016). *Informasjon om pasienters rettigheter* Hentet fra <http://hbros.no/filestore/pasientrettigheter2.pdf>
- Stige, B., & Ledger, A. (2016). *Ethnographic Research*. I B. L. Wheeler & K Murphy (Red.), *Music Therapy Research* (3 utg.). Dallas: Barcelona Publishers.
- Stortinget. (2017). Representantforslag om å implentere musikkterapi i helsetenesta og auke den nasjonale utdanningskapasiteten. Lastet ned 30. april, 2017, fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=68530>
- Suter, R., Elalem, B., Eisenson, N., White, H., & Yanamadala, M. (2015). From Sleeping to Dancing: Implementation of Personalized Music Therapy in Residents with Dementia (Vol. 16, s. B16-B16).
- Sutton, K. (1984). The Development and Implementation of a Music Therapy Physiological Measures Test. *Journal of Music Therapy*, 21(4), 160-169. doi: 10.1093/jmt/21.4.160
- Svendsen, L. F. H., & Säätelä, S. (2007). *Det sanne, det gode og det skjønne : en innføring i filosofi* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Tewksbury, R., Jennings, W. G., & Zgoba, K. M. (2012). A longitudinal examination of sex offender recidivism prior to and following the implementation of SORN. *Behavioral Sciences & the Law*, 30(3), 308-328. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/bsl.1009>
- Twyford, K. (2008). Collaborative and Transdisciplinary Approaches with Children. I K. Twyford & T. Watson (Red.), *Integrated team working : music therapy as part of*

transdisciplinary and collaborative approaches (s. 31-90). London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Universitetet i Bergen. (2016). Pediatri. Lastet ned 24. oktober, 2016, fra <http://www.uib.no/emne/MEDPED>

Wall, S. (2014). Focused ethnography: a methodological adaption for social research in emerging contexts. *Forum qualitative social research*, 16(1), 68-75.

Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science : IS*, 4, 67-67. doi: 10.1186/1748-5908-4-67

Wolff, N., Huening, J., Shi, J., Frueh, B. C., Hoover, D. R., & McHugo, G. (2015). Implementation and effectiveness of integrated trauma and addiction treatment for incarcerated men. *Journal of Anxiety Disorders*, 30, 66-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.10.009>

Ærø, S. C. B. (2016). *Organisering av norsk musikkterapi i pediatri*. (Master), Norges Musikkhøgskole, unpublished.

Ærø, S. C. 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, Norge: NMH-publikasjoner.

Aasgaard, T. (2004). A Pied Piper among White Coats and Infusion Pumps: Community Music Therapy in a Paediatric Hospital Setting. I Mercedes Pavlicevic & Gary Ansdell (Red.), *Community Music Therapy* (s. 147-164). London: Jessica Kingsley Publishers.

Vedlegg 1: Retningslinjer Voices – A world forum for music therapy

Hentet 14. April 2017, fra:

<https://voices.no/index.php/voices/about/submissions#authorGuidelines>

Author Guidelines

Voices: A World Forum for Music Therapy is an Open Access journal that welcomes contributions from scholars and practitioners in the broad interdisciplinary field of music, health, and social change.

We consider manuscripts on the condition that they have not been published elsewhere already and that they are not in press or under consideration for publication elsewhere.[1]

Authors are welcome to submit the same article translated into two or more languages, provided the versions are as identical as possible and one of the submissions is in English.

Submissions to the journal are made online.

Submission is free, Voices do not charge any author payment fees.

General Values and Principles

In line with the Vision Statement of Voices, the journal values inclusiveness and socio-cultural awareness and has increasingly nurtured a critical edge that refines the focus on cultural issues and social justice. The editors are committed to developing an egalitarian and interdisciplinary forum so that multiple voices can be heard. The journal therefore encourages evaluation processes that are informed by the values of dialogue and reflexivity. Authors, reviewers, and editors are invited to exchange ideas in the service of new and better understanding and all parties are invited to position themselves in relation to the values, contexts, and traditions that inform the contributions to the journal. Below you will find some general writing advice, based upon principles that are in line with the Voices vision statement and therefore central to the reviewers and editors when evaluating your text:

Choose an Appropriate Section

As an inclusive journal encouraging dialogue, Voices publishes a range of texts and multimedia materials. At submission, it is therefore crucial that you choose whether or not

you want your work peer-reviewed as an article in the Research section or evaluated as a contribution to one of the other sections of the journal.

Voices welcomes contributions in a range of sections and styles of writing, in order to open up a space for innovative writing and exploration. When ethically and culturally appropriate, you are welcome to include photographs and other illustrations, as well as audio or video examples.

Research articles are sent out anonymously to at least two peers for consideration against the journal's evaluation principles for various types of research. You will receive anonymous feedback which will inform the revision process. If your article is published, it will be indexed as a research article.

Submissions to other sections are also evaluated before publication, but according to more flexible standards and procedures. Usually one peer will offer reflections on the material and the editor will then dialogue with the author to reach a good form for publication. When relevant, we also consider the aesthetic quality of a piece and its impact as a representation of lived experience.

Once articles are ready for publication, they will be labeled as Research, Book Reviews, Columns, Essays, Interviews, Position Papers, Reflections on Practice, or Reports, as necessary.

Strive for Substantive Content

Whatever section you choose, your work will be evaluated based on the substance of your content. The standards for this criterion will be defined in relation to the section that you decide to write in, see Section Policies for more details.

Strive for Clarity of Voice

Voices editors and reviewers expect your text to be coherent and well-written. Imagine that you are taking your readers on a journey. Help them to follow your narrative without being distracted by poor grammar, errors, or tangents. Also, clarify the various voices of your text (e.g. the voice of the author vs. voices of authors cited or of participants in the field).

Situate the Text

By situating the text you help readers understand your intention and point of view. Try to include explanation about things that are unique to your context. It is often relevant to include reflections on how your text is embedded in geographic locations and socioeconomic

conditions and almost always relevant to include reflections on the academic and sociocultural traditions that inform your work. This principle can be summarized as a request for reflexivity in action, the ability to position oneself in relation to the world of others.

Encourage Dialogue

Because Voices seeks to encourage dialogue, your text should offer ideas that are conducive to international and interdisciplinary exchanges. You can pose questions that will encourage the reader to reflect, you can challenge your own arguments and acknowledge other perspectives, or seek other ways of encouraging dialogue and exchange of ideas.

General Guidelines on Language, Style, and Ethics

For general advice on scholarly writing we refer authors to relevant manuals, such as the Publication Manual of the American Psychological Association (APA), or Chicago Manual of Style (APA's manual is common within psychology, education, and some health disciplines, while the Chicago manual is common within the humanities and parts of the social sciences). There are regional and national differences as to what manuals are recommended. Style conventions also vary between sections and genres. Voices therefore accepts a range of styles, as long as there is consistency within an article and the style chosen is appropriate for the article's section and genre. Guidelines specific to Voices are:

Language

To stimulate international communication, English is chosen as the main language of the journal (but submissions in multiple languages are encouraged, and we are committed to translating abstracts into several languages). Manuscripts should be written in clear English. Authors may use American (Merriam-Webster), British (Oxford English Dictionary) or any other formalized version of the English language, but consistency within one article is required. Similar considerations should be made for submissions in multiple languages.

All authors are asked to aspire to achieve fluency and economy of expression and to follow established scholarly principles of orderly and clear presentation. Non-discriminatory language is mandatory for all manuscripts.[2]

Word-limits, Abstracts, Bios, and Keywords

There are no predefined word-limits but economy of expression is expected.

All articles should have an abstract (200 words) and an author bio (150 words).

A photo of the author should be included.

All articles should include 3-6 keywords.

Tables, Figures, Audio, and Video

Tables, illustrations, and figures are placed within the text at the appropriate points, rather than at the end. Illustrations and figures must be ready for publishing in one of the following formats: gif, jpg, png.

Authors are encouraged to use audio and video recordings for documentation of case studies and vignettes of practice (but consult Ethical Considerations below). Audio and video must be made available online (also in the review process) through links to protected or public websites (such as Vimeo or YouTube).

References

A complete list of references in alphabetical order should follow articles. Relevant literature references must be given according to APA style or Chicago Manual of Style. Consistency is required.

In writing your article, you are encouraged to review previously published articles in the area you are addressing and, where you feel appropriate, to reference them. This will ensure academic grounding of your work and enhance the reader's experience of continuity, coherence, and context.

Ensuring Anonymous Review

Because manuscripts are sent out anonymously for editorial review, author details should only be included in the metadata form in Step 2 of OJS submission process. All identifying personal data should – as much as possible – be removed from the body of text.

Permissions and Other Formalities

Permission to quote from or reproduce copyright material must be obtained by the authors before submission.

The symbol TM or ® should be used when applying a proprietary term or trade mark.

Ethical Considerations

Authors are responsible for following high ethical standards in their writing. The anonymity and protection of participants is ensured by the author, and s/he – not the journal – is

responsible for having collected necessary formal permissions from superiors, ethical committees, service users, and relatives of service users.

There are varying standards and ethical requirements for research involving human participants from country to country. However, it is expected that authors will adhere to the highest standards for protecting the privacy and welfare of the individuals who participate in their research, even when formal ethics review procedures are not required in the author's particular location. In addition, the specific precautions for protecting participants' welfare and rights used in the research must be described by authors and included in the initial submission of the manuscript to Voices.[3]

Notes

[1] Publication in English of articles previously published in other languages can be considered, if permission from the original publisher has been obtained by the author(s) and the editor(s) of Voices find the article relevant. Such translated articles are usually submitted to the same evaluation process as other articles.

[2] For advice on the use of acceptable, inclusive language for e.g. gender; sexual orientation; physical and/or intellectual disability; race, ethnicity, culture, and/or religion; see http://www.une.edu.au/__data/assets/pdf_file/0013/13261/WC_Language-usage-Non-discriminatory-language.pdf

[3] The World Federation of Music Therapy (the WFMT Commission on Research and Ethics) has developed a paper aimed to encourage consideration about "Ethics and Informed Consent Requirements for Publication of Music Therapy Research", see http://www.wfmt.info/WFMT/Research_and_Ethics_files/Ethics%20-%20Informed%20Consent%20%26%20Journals%20-%20REVISED%204-14-13.pdf

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide

Intervjuguide tilhørende studien "Implementering av et musikkterapitilbud ved en barneklinnikk - Perspektiver fra musikkterapeut, ledelse og annet helsepersonell".

Intervjumetoden vil være semistrukturerte intervju, med hovedvekt på åpne spørsmål. Det vil bli intervjuet fagpersoner fra tre forskjellige typer profesjoner – sykepleier/helsefagarbeidere, ledelse, musikkterapeut - og intervjuguiden vil også måtte endres deretter.

Problemstilling for studien:

Hvordan oppleves implementeringen av et musikkterapitilbud ved en barneklinnikk?

Forskningsspørsmål:

Hva har musikkterapeuten(e) gjort for å få innpass i et allerede dannet hierarki?

Hva har annet helsefaglig personell/ledelsen gjort for/mot denne nye profesjonen?

Hvilke elementer har hjulpet eller hindret implementeringen?

Spørsmålene ellers vil basere seg på følgende punkter:

For sykepleiere/helsefagarbeidere og ansatte i ledelsen:

- Hvilken rolle har du på avdelingen?
 - Hvor lenge har du jobbet i denne stillingen?
 - Hvor lenge har du jobbet med barn / på sykehus?
- Når hørte du først om musikkterapi?
 - Hvilke tanker gjorde du deg om musikkterapi da?
- Når omgås du musikkterapeuten nå?
 - Hva tenker du om musikkterapi nå?
- Har du gjort noe spesifikt for/mot implementeringen av musikkterapi?
- Hvilke aspekter med implementeringen synes du har vært vanskelig og/eller enkle?
- Har du på noen eksempler hvor du har sett at musikkterapi *har* vært nyttig?
 - ... og *ikke* har vært nyttig?
- Hvordan tror du musikkterapien står om ca. 10 år?
- Er det noe annet som kan være nyttig for meg å vite?

For musikkterapeuten:

- Hvilken rolle har du på avdelingen?
 - Hvor lenge har du jobbet i denne stillingen?
 - Hvor lenge har du jobbet med barn / på sykehus?
- Hvilke aspekter med implementeringen synes du har vært vanskelig og/eller enkle?
- Hva har du gjort for implementeringen av musikkterapi?

- Er det hendelser som du har vært involvert i, som du i etterkant har sett at kan ha "skadet" implementeringen av musikkterapi?
- Har du på noen eksempler hvor du har sett at musikkterapi *har* vært nyttig?
 - ... og *ikke* har vært nyttig?
- Hvordan opplever du din egen identitet som musikkterapeut i et medisinsk system?
 - Hvordan er du integrert/ikke integrert?
 - Bruker du alltid musikkterapeuttitelen, eller er det situasjoner hvor du ser at det ikke er naturlig?
- Hvordan tror du musikkterapien står om ca. 10 år?
- Er det noe annet som kan være nyttig for meg å vite?

Vedlegg 3: NSD-godkjenning



Claire Ghetti
Griegakademiet - Institutt for musikk Universitetet i Bergen
Postboks 7800
5020 BERGEN

Vår dato: 17.10.2016

Vår ref: 50016 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.09.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

50016	<i>Implementering av et musikkterapitilbud ved en barneklinikk - Perspektiver fra musikkterapeuter, ledelse og annet helsepersonell</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Claire Ghetti</i>
<i>Student</i>	<i>Fredrik Berntsen Due</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, 01.10.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Agnete Hessevick

Kontaktperson: Agnete Hessevick tlf: 55 58 27 97

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



I følge meldeskjemaet skal det gjøres intervjuer med utvalget. Det kan bli aktuelt å gjøre observasjon på sykehus, men det skal ikke registreres personopplysninger. Observasjonsdelen av datainnsamlingen faller utenfor meldeplikten. Tilstedeværelse og observasjon må avklares med sykehuset, slik at studenten sikrer at han har de nødvendige tillatelsene til å gjennomføre dette. Det må innhentes samtykke fra samtlige pasienter og eventuelt deres foresatte til at en forsker kan observere dem.

Det skal kun innhentes personopplysninger om helsepersonell. Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Vi minner om at informantene har taushetsplikt, og at de ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkeltpasient direkte eller indirekte. Det er svært viktig at intervjuet gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Informantene må være svært forsiktige med å gi eksempler, da de ikke kan gi eksempler som indirekte kan identifisere enkeltpasienter.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Bergen sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.10.2017. 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 digitale lydopptak

Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

"Implementering av et musikkterapitilbud ved en barneklinnikk - Perspektiver fra musikkterapeut, ledelse og annet helsepersonell"

Bakgrunn og formål

Jeg er masterstudent i femårig integrert master i musikkterapi ved Universitetet i Bergen, og holder nå på med min avsluttende masteroppgave. Tema for oppgaven er utviklingen av musikkterapitilbudet som barneklinnikken ved Haukeland Universitetssjukehus (HUS) har. I og med at musikkterapi er et relativt nytt felt innen norske sykehus, er jeg interessert i å se på hvordan systemet rundt musikkterapeuten(e) på barneklinnikken ved HUS eventuelt har forandret/utviklet seg.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Jeg skal utføre en fokusert etnografisk studie, som innebærer at jeg over ca. en ukes tid ”skygger” musikkterapeuten i hans/hennes arbeid. I tillegg ønsker jeg å gjøre intervju med personer fra ”systemet” rundt musikkterapeuten. Disse personene er helst noen i fra ledelsen ved barneklinnikken, noen av helsearbeiderne (f.eks. en sykepleier), samt musikkterapeuten selv.

Intervjuet vil bestå av stort sett åpne spørsmål, og vil i hovedsak handle om hvordan den enkelte har opplevd utviklingen av musikkterapitilbudet, og hva den enkelte eventuelt har gjort for og/eller imot utviklingen av dette tilbudet.

Jeg vil bruke lydopptaker og ta notater under selve intervjuet, og vil vare ca. 45 minutter. Det kan hende at jeg tar kontakt i etterkant for et kortere oppfølgingsintervju. Vi vil sammen bli enige om sted og tidspunkt for intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil bli laget en koblingsnøkkel med personopplysninger, som vil bli lagret adskilt fra øvrige data. Det er kun jeg og min veileder som vil ha tilgang til denne koblingsnøkkelen.

Det vil, så langt det lar seg gjøre, legges stort arbeid i å anonymisere informantene tilstrekkelig. Dette kan, ved behov, gjøres ved å endre alder og kjønn når informanten omtales i selve masteroppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest 1. oktober 2017. Alle notater og lydopptak, samt personopplysninger og koblingsnøkkel, vil da bli slettet.

Frivillig deltakelse

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

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med meg, Fredrik Berntsen Due (452 72 574 / fdu047@student.uib.no), eller min veileder, Claire Ghetti (+47 465 08 095 / claire.ghetti@uib.no).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Med vennlig hilsen,
Fredrik Berntsen Due

Samtykke til deltakelse i studien

- Jeg har mottatt informasjon om studien "Implementering av et musikkterapitilbud ved en barneklinnikk - Perspektiver fra musikkterapeut, ledelse og annet helsepersonell", og er villig til å delta.

Navn

Telefonnummer

Signatur og dato