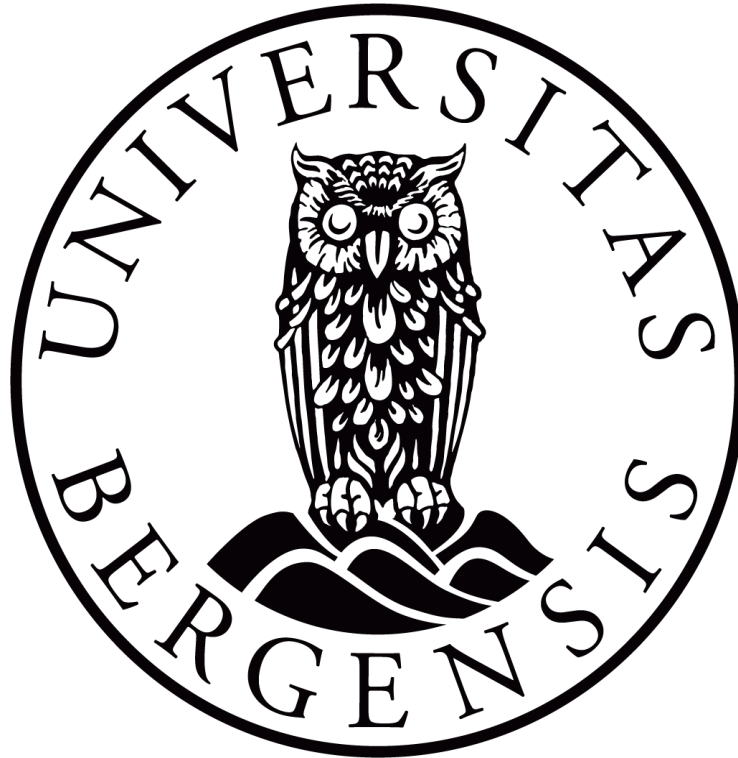


# Musikkterapiens framtid på DPS

En undersøkelse av Direktørens tanker og meninger om musikkterapitjenesten funksjon,  
anvendbarhet og effekt



Benjamin Mellingen Thuen  
Masteroppgave i Musikkterapi  
Griegakademiet – Institutt for musikk  
Universitetet i Bergen  
Våren 2019

## Forord

Etter mange lange dager, frustrerende samtaler med familiemedlemmer, lange diskusjoner med veileder og noen litt for lange pauser på Ad Fontes, er masteroppgaven omsider ferdigstilt.

Gjennom dette forordet ønsker jeg å anerkjenne bidraget, enten det er faglig, sosialt eller psykisk, til de aktørene som har bidratt med å få dette prosjektet ferdigstilt.

Først og fremst vil jeg takke meg selv, da størstedelen av arbeidet til syvende og sist er min egen fortjeneste. Takk, Benjamin Mellingen Thuen, for at du klarte å ro dette i land. Det hadde jeg ikke alltid trodd.

Dernest vil jeg takke min veileder, Guro Parr Klyve, for heltmodig innsats i møte med en frustrert student, til tider ute av vater. Dette hadde ikke blitt mulig uten din ekspertise i å veilede og motivere meg.

En stor takk går også til mine foreldre, Sonja Mellingen og Frode Thuen, for at de med sin enorme relasjonelle og faglige kompetanse har fulgt meg gjennom hele prosessen. Alle 19 årene med grunnskole og høyere utdanning. Det var trolig mange falletimer i løpet av veien som de, standhaftig, geleidet meg unna.

Jeg ønsker også å takke mine medstudenter, særlig Martin L. Hansen og Daniel Garcés. De har hatt en viktig rolle for meg i møte med en ellers monoton og fattig hverdag. Samtalene vi har hatt, avkjølingene med billig Ad Fontes-øl, latter og tårer har gjort denne prosessen ikke bare tålig, men til tider også berikende og givende.

Til slutt vil jeg gi en spesiell takk til to personer:

Brynjulf Stige - mange takk til deg for gode samtaler tidlig i prosessen, og om jeg ikke husker helt feil, for at du faktisk foreslo den problemstillingen som endte opp med å bli prosjektets kjerne.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke min far, Frode Thuen, for en monumental innsats som språkvasker og rådgiver.

## **Abstract**

Norwegian music therapy continues its jurisdictional and professional expansion, and this study aims to investigate the thoughts and experiences of the directors of five district psychiatric centers for adults in Bergen, regarding the music therapy offered at their clinics. The main assumption underlying the thesis was that the directors have significant influence on the dimensioning of the music therapy program within the district psychiatric center. Thus, their thoughts and experiences would be valuable in order to understand what factors which may determine the dimensioning of this program.

Semi-structured interviews were conducted with the five directors and the transcriptions of the interviews were analysed by the use of the Bricolage method. The themes and moments that comes out are organized into three main categories, all of which deal with different dimensions around the overall theme. The three main categories are as follows: Systemic moments, practical moments, and contradictory moments, where each of the former categories is also divided into three subcategories.

The discussion chapter discusses the important challenges of music therapeutic activities in mental health care, including the knowledge base and the extent to which music therapy interventions have proved to be effective. Moreover, it also discusses the type of competence music therapists possess and should further develop, the roles they hold, and the way they can best establish an autonomous position in a treatment system where there are already several other well-established professions.

## **Sammendrag**

Med utgangspunkt i den profesjonsutviklingen som har foregått innen norske musikkterapi de senere årene, fokuserer denne studien på hvilke oppfatninger og erfaringer direktørene ved fem distriktpsykiatriske sentre (DPS) i Bergen, har når det gjelder det musikkterapeutisk behandlingstilbudet ved deres respektive DPS. Bakgrunnen for å undersøke dette, var antakelsen om at direktørene har en sentral rolle i hvordan dette tilbudet kommer til å bli i tiden fremover. Kunnskap om deres oppfatninger og erfaringer vil derfor gi nyttig informasjon om hvilke faktorer som vil være bestemmende for hvilke rolle musikkterapi-tilbudet kan få innen psykisk helsevern.

Det blir foretatt semi-strukturerte kvalitative intervjuer med de fem direktørene, og de transkriberte intervjuene blir analysert ved hjelp av Bricolage analysemetode. Temaene og momentene som kommer frem blir organisert i tre hovedkategorier hvorav alle omhandler ulike dimensjoner rundt det overordnede temaet. De tre overordnede kategoriene er følgende: Systemiske momenter, Praktiske momenter, og Kontradiktoriske momenter, hvor hver av de to førstnevnte kategoriene også blir delt inn i tre underkategorier.

I diskusjonskapittelet drøftes de viktige utfordringer ved musikkterapeutisk virksomhet innen psykisk helsevern, blant annet knyttet til kunnskapsgrunlaget og grad av dokumenterte effekter av musikkterapeutiske intervensjoner, hvilke type kompetanse musikkterapeuter besitter og bør videreutvikle, hvilke roller de innehar, og hvordan de best kan etablere en autonom posisjon i et behandlingssystem hvor det allerede finnes flere andre veletablerte profesjoner.

<b><u>1.0 Introduksjon</u></b> .....	<b>6</b>
1.1 Problemstilling .....	6
1.2 Litteraturgjennomgang .....	8
1.4 Avgrensning .....	9
1.4.1 Musikkterapi og psykoselidelser hos voksne .....	9
1.4.2 Musikkterapi, angst og depresjon med voksne .....	13
<b><u>2.0 Metode</u></b> .....	<b>16</b>
2.1 Informanter .....	16
2.3 Intervjuform.....	17
2.4 Intervjuguide.....	18
2.5 Opptak, transkribering og lagring .....	18
2.6 Vitenskapsteoretisk perspektiv .....	19
2.7 Analyse .....	21
2.8 Bricolage.....	21
2.9 Analyseprosessen.....	22
2.10 Etske problemstillinger .....	27
<b><u>3.0 Teori</u></b> .....	<b>28</b>
3.1 Salutogenese .....	28
3.2 Recovery.....	29
3.3 Samfunnsmusikkterapi .....	31
3.4 Profesjonsteoretisk perspektiv .....	32
<b><u>4.0 Funn</u></b> .....	<b>34</b>
4.1 Systemiske momenter.....	35
4.1.1 Systemiske faktorer .....	35
4.1.2 Institusjonelle faktorer .....	40
4.1.3 Avgjørende faktorer .....	46
4.2 Praktiske momenter .....	49
4.2.1 Intervensjonseffekt .....	49
4.2.2 Tilretteleggende effekt.....	56
4.2.3 Faglig utvikling .....	58
4.3 Kontradiktoriske momenter.....	62
4.3.1 Kontradiksjoner og uenigheter mellom direktørene .....	63
<b><u>5.0 Diskusjon</u></b> .....	<b>66</b>
5.1 Systemiske momenter - Direktørenes innflytelse på dimensjonering.....	66
5.1.1 Påvirkende faktorer for direktørenes beslutningskraft .....	66
5.1.2 Implikasjoner av direktørenes innflytelse .....	68
5.2 Praktiske momenter - Generell eller spesifisert kompetanse? .....	68
5.3 Kontradiktoriske momenter - Ulikheter hos direktørene .....	72
5.4 Oppsummering av direktørenes tanker og opplevelser.....	72
5.5 Et kritisk syn på musikkterapifagets videre utvikling .....	74
<b><u>6.0 Konklusjon</u></b> .....	<b>75</b>
<b><u>Referanseliste</u></b> .....	<b>76</b>
Vedlegg 1 - NSD-godkjenning	
Vedlegg 2 - Samtykkeskjema	

## 1.0 Introduksjon

De siste seks årene har musikkterapi i Norge blitt anerkjent som en svært egnet behandlingsmetode i flere nasjonal-faglige retningslinjer på helse- og omsorgsfeltet (Helsedirektoratet, retningslinjer for behandling av psykose, 2013., rusbehandling, 2016., avrusing, 2016., palliasjon til barn og unge, 2016., demensretningslinjen, 2017).

Evidensgrunnlaget for musikkterapeutisk behandling av psykoselidelser står i en særstilling, da dette har oppnådd den høyest mulige graderingen innenfor Helsedirektoratets retningslinjer (Helsedirektoratet, 2013). Den bemerkelsesverdige utviklingen musikkterapi har hatt kommer på bakgrunn av signifikante funn generert av den musikkterapeutiske forskningen de siste 10-15 årene. Disse studiene, som vil vises til senere i oppgaven, samt Helsedirektoratets retningslinjer, har vært avgjørende for den beslutningen Helse Bergen, gjennom et strategivedtak fra 2017 gjorde, om at alle klinikker innen psykisk helsevern skal tilby musikkterapi til personer med psykoselidelser, som et alternativ til medikamentell behandling.

### 1.1 Problemstilling

Det er foreløpig ingen andre byer i landet hvor alle distriktpsykiatriske sentre som sokner til regionens helsesektor tilbyr musikkterapi. Helse Bergen sitt vedtak om alternativt behandlingsforløp, hvorav musikkterapi er ett av disse alternativene, kan betraktes som et pilotprosjekt. I tiden mellom 2016- 2019 vil beslutningen innebære at Helse Bergen mottar 2 millioner kroner fra Helse Vest årlig for å tilrettelegge for prosjektet, i følge Leif Arvid Øvernes, Prosjektleder for medikamentfrie behandlingsforløp (mailutveksling, 22. Januar 2019). Dersom dette prosjektet bidrar til gode behandlingsresultater, kan det ha stor betydning for musikkterapitjenestens utbredelse ellers i landet. Nå som prosjektperioden etter planen avvikles, anser jeg denne studien som et godt tidspunkt for å tilegne seg kunnskap fra prosjektets nøkkelpersoner. Problemstillingen for denne studien er derfor som følger:

*Hvilken tanker og opplevelser har klinikkdirektørene ved distriktpsykiatriske sentre i bergensområdet om musikkterapi som behandlingsform på DPS?*

Problemstillingen avgrenses til kun å omhandle tankene og opplevelsene til direktørene heller enn å fokusere på tankene og opplevelsen til for eksempel brukerne av tjenesten eller de praktiserende musikkterapeutene. Årsaken til denne avgrensingen kan begrunnes ut i fra to hensyn; 1. Klinikkdiriktørens unike posisjon som beslutningstakere for den enkelte institusjonen. 2. Deres mulige innflytelse på helsesystemet forøvrig.

Strategivedtaket innebærer kun at det skal finnes et tilbud om musikkterapi på det enkelte DPS. Forutfor strategivedtaket var musikkterapi allerede et tilgjengelig behandlingstilbud ved noen av institusjonene, men gjennom dette vedtaket ble det besluttet at alle institusjonene skulle tilby musikkterapi i et eller annet omfang. Det er likevel viktig å minne om at musikkterapi bare er ett av seks satsingsområder inkorporert i Helse Bergens prosjekt om medikamentfritt behandlingsforløp i følge Leif Arvid Øvernes, Prosjektleder for medikamentfrie behandlingsforløp (mailutveksling, 22. Januar 2019). De øvrige tilbudene er samtalerterapi, familiesamarbeid, fysisk trening, individuell jobbstøtte og Illness Management & Recovery-grupper.

Realistisk sett vil Helse Vest sitt rammetilskudd på 2 millioner kroner årlig kun være en delfinansiering, og ut fra prosjektbeskrivelsen er det ment som et insitament for å utvikle medikamentfrie behandlingstilbud. Dette med bakgrunn i ønsket om et slikt tilbud fra ulike brukerorganisasjoner. Omfanget av tilbudet ved de ulike DPSene varierer, og dette ser ut til å være uavhengig av størrelsen på DPSet. Den enkelte direktør sin holdning til- og erfaring med, musikkterapi kan tenkes å ha innvirkning på disse forskjellene. Det er med andre ord grunn til å tro at omfanget av tjenesten i stor grad er opp til den enkelte direktør å beslutte/prioritere.

De erfaringene som direktørene gjør seg i prosjektperioden kan få betydning for villigheten til å prioritere ressurser til tjenesten utover prosjektperioden. Deres erfaringer vil også være grunnlaget for hvorvidt de vil være ambassadører for musikkterapiens utvikling i landet forøvrig. I tillegg kan direktøren, som administrative- og/eller faglige ledere, inneha et unikt overblikk som kan ha betydning for musikkterapiens faglige utvikling. Dette overblikket kan belyse den enkelte institusjonen, og helsesystemet forøvrig, sine forventinger til et fag som er i starten av sin profesjonaliseringsprosess.

## 1.2 Litteraturgjennomgang

Et viktig prinsipp i all forskning er å gi innblikk i de valgene som er gjort som del av forskningsprosessen. Dette gjøres blant annet gjennom å synliggjøre hvordan man har funnet fram til den litteraturen som er lagt til grunn for det kunnskapsgrunnlaget man refererer til. I forkant av dette er det da også viktig å vite hvilken momenter som er hensiktsmessige å inkludere i en oppgave som denne. Det har ikke vært mulig å finne studier av hvordan ledere av psykiatriske behandlingsinstitusjoner vurderer musikkterapitilbudet i egen virksomhet. I så måte er den foreliggende studien et nybrottsarbeid. Det finnes imidlertid studier innen andre kontekster, og med andre fokus, som kan bidra til å informere den foreliggende undersøkelsen. Det kunne blant annet være relevant å se på studier som tar for seg ulike typer ledere sitt syn på endring i tjenestetilbudet, uavhengig om det er innenfor musikkterapi, med andre ord lederens syn på selve prosessen som må iverksettes for å gjøre endringer i tjenestetilbud. For hovedmotivasjonen for denne oppgaven er å få innblikk i hvordan musikkterapi implementeres som et nytt behandlingstilbud i en etablert tjeneste med lange tradisjoner.

Psykisk helsevern er et tjenestetilbud som inkluderer en rekke ulike pasientgrupper, typer av tilstandsbilder og grader av alvorlighet. Ved DPSene i Helse Bergen har man valgt å dele behandlingstilbudet inn i to hovedgreiner; allmennakse og psykoseakse. Pasienter innenfor psykoseaksen kjennetegnes av at de har tanke- og persepsjonsforstyrrelser, i tillegg er de ofte lite sosiale, og de kan ha svake ADL-ferdigheter og er gjerne også lite mottakelige i kontakt med andre (ICD10). Pasienter innenfor allmennaksen kan ha tilstandsbilder som innebærer alt fra alvorlig karakterpatologi (personlighetsforstyrrelser) til lettere angst- og depresjonstilstander (ICD10). Personlighetsforstyrrelser kjennetegnes ved at personens typiske måte å forholde seg til seg selv og andre på, avviker betydelig i forhold til det som anses som naturlig og normalt innen en gitt kultur (ICD10). Angst- og depresjonstilstander er kjennetegnet av endringer i stemningsleie (depresjon) og/eller uforholdsmessig frykt for generelle- eller spesifikke situasjoner (sosial- generell- eller fobisk angst) (ICD10).

Musikkterapiforskningen innen allmennpsykiatri har enda ikke markert seg i samme grad som den har innen psykosefeltet. Dette gjenspeiler seg i omfanget av litteratur som fremkommer i søkene. Hensikten med litteraturgjennomgangen er å gi innblikk i evidensen for musikkterapi som behandlingsform.

Litteratur er basert på samtlige årganger av Nordic Journal of Music Therapy, samt i



følgende databaser: Oria, Google Scholar, Cochrane Library og PsycArticles (APA). Det er i tillegg gjort manuelle søk i litteratur fra universitetsbibliotekene. Dette innebærer blant annet kildehenvisninger og referanser funnet i primærsøkene.

De ulike søkeordene som er anvendt i de ulike databasene, og hvilke funn disse har generert, vil nå bli presentert. Det finnes mye litteratur som omhandler musikkterapeutisk behandling av ulike demenstilstander, hvor symptomatologien, samt behandlingsmetodene som blir anvendt, deler mange likhetstrekk med psykiatrisk behandling. Med tanke på oppgavens problemstilling har jeg valgt å utelate denne litteraturen og konsentrert meg om funn som omhandler den nevnte akseinnstillingen.

## 1.4 Avgrensning

Søkeprosessen er preget av at databasene fungerer på ulike måter, gjerne i form av å ha et spesifikt fokus, eller at de er mer generelle. Dette får konsekvenser for mengden treff som blir tilgjengelig selv ved bruk av samme søkeord. Implikasjonene dette gir er at det er mulig ved enkelte av databasene å gjennomgå den totale mengden av funn, mens dette i andre databaser blir uoverkommelig. Av denne grunn vil ikke denne litteraturgjennomgangen være uttømmende. Det er altså ingen systematisk litteraturgjennomgang, noe som ville være utenfor rammene til denne masteroppgaven. Artiklene som her blir gjengitt er valgt fordi de, etter mitt skjønn, i særlig grad kaster lys over oppgavens problemstilling.

### 1.4.1 Musikkterapi og psykoselidelser hos voksne

De første søkeordene som ble brukt var “*Music Therapy*”, “*Psychosis*”, “*Adults*” gjennom de ulike databasenes avanserte søketjeneste. I Cochrane Library viste søket totalt seks studier (Gold, mfl. 2013., Talwar, mfl. 2006., Ulrich, mfl. 2007., Müller, mfl. 2014., Morgan, mfl. 2011., Hayashi, mfl. 2002) som var relevante i henhold til avgrensningene presentert ovenfor.

I studien til Gold mfl. (2013) undersøkte man effekten av ressursorientert musikkterapi på pasienters motivasjon for behandling. Her ble det gjort en sammenligning av intervensjonsgruppen og en kontrollgruppe, hvor kontrollgruppen fikk vanlig terapeutisk behandling (Treatment as usual - TAU) og intervensjonsgruppen fikk TAU supplert av ressursorientert musikkterapi. Resultatene viste at pasienten som mottok TAU og ressursorientert

musikkterapi hadde mindre negative symptomer, bedre sosial fungering, lavere grad av sosial unnvikelse, mer vitalitet og gav generelt sett et bedre klinisk inntrykk (Gold, mfl. 2013).

Mens studien til Gold, mfl. (2013) primært undersøkte musikkterapiens effekt på pasienters motivasjon for behandling, undersøkte Müller, mfl. (2014) i større grad musikkterapiens direkte effekt på pasienters symptomatologi. Denne distinksjonen mellom å fokusere på musikkterapien som et tilretteleggende supplement, og musikkterapien som en behandlingsform for symptomatologi, er et gjengående tema i forskningen. Resultatene fra Müller, mfl. (2014) sin studie viste at langsiktig intervensjon av tilpasset musikkterapi hadde en lindrende effekt på pasientenes psykotiske og generelle- og fobiske angstsymptomer. Forfatterne konkluderer med at behandlingsforløpet kan ha påvirkning på hjernerytme-synkronisering og hjerneplastisitet.

Studien til Hayashi, mfl. (2002) undersøkte behandlingseffekten av musikkterapi grupper for inneliggende pasienter i en akutt fase av deres psykoselidelse. Resultatene viste at intervensjonen hadde betydelig behandlingseffekt på pasientens personlige relasjoner, og deres subjektive opplevelse av deltagelse i refleksive aktiviteter (Hayashi, mfl. 2002). Behandlingseffekten var imidlertid kortvarige.

Det har de siste årene blitt gjort en rekke musikkterapistudier på den samme pasientgruppen. Én av disse er studien til Morgan, mfl. (2011), hvor man undersøkte effekten av musikkterapi som supplement til medikamentell behandling. Resultatene viste positiv effekt av musikkterapi på alle utfallsmål med unntak av angst- og depresjons-stress, og pasientadferd på avdelingen (Morgan, mfl. 2011).

Ulrich og medarbeidere (2006) undersøkte effekter av musikkterapi grupper som eneste type behandling for personer med psykoselidelser. Her fant man at behandlingen bidro til at pasientene utviklet seg positivt med hensyn til selvevaluering, psykososial orientering og negative symptomer, men ingen effekt på pasientenes livskvalitet (Ulrich, mfl. 2006). En lignende studie hadde fokus på hvilken effekt musikkterapi hadde på inneliggende pasienter med akutt psykose (Talwar, mfl. 2006). Resultatene her var tvetydige og det oppsummeres med at effekten og kostnadseffektiviteten til musikkterapi innen denne pasientgruppen burde undersøkes videre (Talwar, mfl. 2006).

Søk i Nordic Journal of Music Therapy generer mange treff. En studie fra 2018 (Volpe, mfl.) tar opp problemstillingen fra Talwar, mfl. (2006), og fokuserer på hvorvidt en

musikkterapeutisk intervensjon har positiv innvirkning på innlagte psykosepasienter med akutt psykose (Volpe, mfl. 2018). Resultatene viste at pasientene som mottok musikkterapi med non-verbalt fokus, hadde høyere psykososial fungering enn kontrollgruppen. I forlengelsen av tidligere forskning konkluderte de med at musikkterapi synes å ha positiv effekt på akutte faser av sykdomsbildet til psykotiske pasienter (Volpe, mfl. 2018).

Med denne studien (Volpe, mfl. 2018) kan det se ut til at musikkterapi har en fordelaktig effekt på både inneliggende pasienter i akutte faser, samt pasienter som mottar poliklinisk behandling for sin psykoselidelse. Dette målt med objektive instrumenter knyttet til symptomtrykk.

Man har også vært opptatt av effekter av ulike typer musikkterapeutiske intervensjoner. En studie av Silverman (2018) undersøkte dette. Tilbudet i den ene gruppen besto av rekreasjonsmusikkterapi (RMT) mens tilbudet i den andre gruppen besto av tre ulike former for læringsbasert musikkterapi mot sykdomshåndtering og bedring (EMTIMR) (Silverman, 2018). EMTIMR-gruppene fokuserte på tekstanalyse, tekstskriving og sosial historie. Resultatene viste en signifikant forskjell mellom RMT-gruppene og EMTIMR-gruppene, hvor særlig de lyriske analyse- og tekstskrivingsgruppene hadde effekt på pasientenes villighet til å dele følelser og erfaringer (Silverman, 2018). Silverman hevdet at forskjellen kunne være knyttet til den terapeutiske dialogen i EMTIMR-gruppene (Silverman, 2018). Dette kan tyde på at det hadde positiv effekt å supplere den musikkterapeutiske intervensjonen med tradisjonell samtaleterapeutisk metode. Det kan også tenkes at det verbalterapeutiske fokuset, samt prosesseringen innad i gruppen, bidro til å gjøre pasientene mer emosjonelt tilgjengelig (Silverman, 2018).

Mange pasienter som mottar behandling innenfor psykisk helsevern har såkalte komorbide tilstandsbilder. Dette betyr at de har flere psykiske lidelser pågående samtidig. Eksempelvis at de kan både ha en psykoselidelse og en depresjonstilstand, eller en såkalte ROP-tilstander som innebærer samtidighet av psykisk lidelse og ruslidelse (Helsedirektoratet, 2012). I en studie av Ross mfl. (2008) fokuserte man på musikkterapiens effekt på motivasjon for behandling for pasienter med ROP-lidelser. Resultatene viste at pasienter som mottok musikkterapi viste en betydelig forbedret motivasjon for behandling og ettervern (Ross, mfl. 2008). De scoret også høyere på CGI (Tabell) og GAF (Tabell) og viste en betydelig forbedring av symptombelastning (Ross, mfl. 2008). Det kan også være interessant å se om omfanget av

musikkterapien har betydning for effektene. Dette i lys av å kunne si noe om hvor ressurskrevende musikkterapien er for å ha behandlingseffekt. I den nevnte studien av Ross, mfl. (2008) så man på sammenhengen mellom antallet timer musikkterapi pasientene tok del i og utfallet av behandlingen (Ross, mfl. 2008). Resultatet tydet på at pasienter som deltok i mer enn seks musikkterapitimer klarte å være i behandling lenger (Ross, mfl. 2008). Antallet musikkterapitimer så også ut til å være knyttet til sannsynligheten for å delta i ettervernstilbud (Ross, mfl. 2008). Etersom man vet at en utfordring for rus/ROP-pasienter er å holde ut i behandling, der de ofte har mange avbrekk i behandlingsrekken, såkalt “drop-out”, vil det å klare å motivere de til å stå i behandling være knyttet til en bedret prognose for behandlingseffekten (Bergensklinikkene, 2016). Musikkterapi ser derfor ut til å være en viktig bidragsyter til å motivere rus/ROP-pasienter til å motta behandling. Dette i tråd med Ross, mfl. (2008) sine egne konklusjoner, samtidig som de påpekte at de enda ikke hadde identifisert hvilke spesifikke terapeutiske mekanismer som lå bak dette resultatet (Ross, mfl. 2008).

Dette ble også undersøkt i en studie av Hannibal, mfl. (2012) på en pasientpopulasjon bestående av pasienter med schizofreni og pasienter med personlighetsforstyrrelser. Resultatene i denne studien tydet på at pasientene, ved hjelp av musikkterapi, hadde sterkere tilknytning til behandlingsopplegget (sto lenger i behandling, mindre “drop-out”), men heller ikke i denne studien klarte man å identifisere hvilke faktorer som kunne forklare dette (Hannibal, mfl. 2012).

Det kan se ut som at musikkterapiforskningen innenfor psykosefeltet fordeler seg i to hovedgrupper. Det ene fokuset er musikkterapiens egnethet som behandlingsform, altså hvordan en musikkterapeutisk intervensjon kan skape en forandring i symptomene til pasienter (Hayashi, mfl. 2002., Ulrich, mfl. 2006, Ross, mfl. 2008., Müller, mfl. 2014., Volpe, mfl. 2018.). Det andre fokuset er hvordan en musikkterapeutisk intervensjon kan bidra til å skape en allianse mellom pasienten og den behandlingen institusjonen representerer, eller på andre måter supplere annen behandling. Dette gjennom økt motivasjon for behandling, åpenhet, villighet til å delta i ettervern, behandlingsvarighet, etc. (Morgan, mfl. 2011., Hannibal, mfl. 2012., Gold mfl. 2013., Ross mfl. 2018., Silverman, 2018).

## 1.4.2 Musikkterapi, angst og depresjon med voksne

Søkestrategien innenfor allmennpsykiatriske tilstandsbilder besto av “*Music Therapy*”, “*Anxiety*”, “*Depression*” og “*Adults*”. Denne typen søkestrategi vil genere to typer av treff: For det første, musikkterapi og angst, og for det andre, musikkterapi og depresjon. Denne strategien vil genere studier som enten bare har forsket på angst, depresjon eller begge deler. Det å velge angst og depresjon som hovedkategorier er en grovsortering som ikke rettferdiggjør allmennaksens mangfold av psykiatriske tilstandsbilder. Samtidig er angst og depresjon de sykdomstilstandene som rammer flest i Norge (Helsedirektoratet, 2019). I musikkterapi er det da også disse pasientpopulasjonen det er forsket mest på innen allmenpsykiatri.

En litteraturstudie fra 2013 i *Nordic Journal of Music Therapy*, tok for seg 593 studier, hvorav ni møtte de fire aktuelle inklusjonskriteriene: 1. At det var en RCT-studie; 2. at det var utfallsmål på mental helse; 3. at utvalget bestod av personer som var 18 år eller eldre; og 4. at studien var publisert i et fagfelleverdert tidsskrift (Lee & Thyer, 2013). Av de ni studiene er det bare ett av studiene som er relevant i henhold til denne studiens problemstilling og avgrensingene som er gjort. Castillo-Pérez mfl. (2010) undersøkte personer med en depresjonslidelse, og så på forskjellen i behandlingseffekt mellom et musikkterapeutisk behandlingsforløp og et psykoterapeutisk behandlingsforløp. Instrumentene som ble brukt for å måle effekten av de forskjellige behandlingsformene var *Zung Self-rated Depression Scale (ZSDS)*, *Beck Depression Inventory (BDI)* og *Hamilton Depression Scale (HDS)* (Castillo-Pérez. mfl. 2010). Av de pasientene som mottok psykoterapeutisk behandling var det 32% som oppnådde en klinisk signifikant bedring, mot 42% som ikke hadde bedring og 26% som droppet ut av behandlingen (Castillo-Pérez. mfl. 2010). Resultatet viste at av de pasientene som fikk musikkterapeutisk behandling så 70% en bedring, 10% så ingen bedring og 20% droppet ut av behandlingen (Castillo-Pérez. mfl. 2010). Forskjellen mellom behandlingsgruppene er statistisk signifikant til fordel for musikkterapeutisk behandling. Forfatterne påpeker imidlertid at musikkterapien var en mer intens terapiform sammenlignet med psykoterapien, hvilket kan ha bidratt til pasientenes ønske om å blidgjøre terapeuten, og dermed bidratt til en placebo-effekt av behandlingen. Med andre ord at de ønsket å rapportere en positiv effekt av behandlingen av hensyn til terapeuten, heller enn at de opplevde en bedring.

En annen studie undersøkte musikkterapeutisk behandling som et ikke-medikamentelt alternativ til behandling av angstlidelser (Pavlov, mfl. 2017). Pasientene ble undersøkt før og

etter intervensjon gjennom *Visual Analog Score* (VAS). Scoren på VAS-testen etter endt behandling viste at pasientene som mottok musikkterapi hadde en signifikant reduksjon i opplevelse av egen angst. Til tross for at studien ikke undersøkte forskjellen av effekt mellom intervensjonsgruppe og kontrollgruppe, kan resultatet tyde på at musikkterapi kan ha effekt overfor også for denne pasientpopulasjonen (Pavlov, mfl. 2017).

En studie fra 2013 undersøkte behandlingseffekten av musikkterapigrupper for eldre voksne med psykisk sykdom (Castelino, mfl. 2013). Her var fokuset hvorvidt musikkterapeutisk improvisasjon hadde positiv effekt på personenes depresjonssymptomer, angstsymptomer og livskvalitet (Castelino, mfl. 2013). Resultatene tydet på at behandlingen hadde effekt på reduksjon av symptomer både i tiden hvor pasientene mottok behandlingen, og i tiden etter at behandlingen var avsluttet (Castelino, mfl. 2013).

En annen studie undersøkte effekten av musikkterapeutiske improvisasjonsgrupper på depresjonssymptomer hos voksne og unge voksne med stoffmisbruk (Albornoz, 2010). Før pasientene ble fordelt inn i henholdsvis intervensjons- og kontrollgrupper, ble pasientenes sykdomstilstand vurdert gjennom *Beck Depression Inventory* (BDI) og *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD) (Albornoz, 2010). Intervensjonsgruppen deltok i 12 økter med gruppeimprovisasjon over en periode på ni måneder, i tillegg til TAU, altså det som var standard på klinikken hvor de mottok behandling (Albornoz, 2010). Oppfølgingen viste en signifikant forskjell mellom gruppenes HRSD-skåre, i favør av intervensjonsgruppen, men ingen forskjell på BDI-skårene. Studien konkluderte med at improvisatorisk musikkterapi hadde en signifikant klinisk effekt (Albornoz, 2010). Studien hadde riktignok noen begrensinger, i form av et lite utvalg og mangel på instrumenter som kunne undersøke forholdet mellom pasientenes depresjon og stoffmisbruk (Albornoz, 2010).

Det ble også nylig gjort en meta-analyse av studier som har målt effekten av musikkterapi mot depresjon sammenlignet med TAU og andre psykologiske og medisinske behandlinger (Aalbers, mfl. 2017). Formålet var å supplere en tidligere meta-analyse gjort i 2008, med oppdatert data på musikkterapiens effekt på depresjon (Maratos, mfl. 2008). Meta-analysen inkluderte ni studier med til sammen 421 pasienter, og resultatene tyder på at det er moderate fordeler med å bruke musikkterapi som supplerende element til TAU, heller enn TAU alene. Dette ble vist gjennom en klinisk vurdering av pasientens depresjonssymptomer og pasientens selvrappotering av egne depresjonssymptomer. Sekundære utfall av studien viste også at

musikkterapi og TAU hadde en fordelaktig effekt i behandling av angst og generell fungering, sammenlignet med TAU alene, mens man ikke fant signifikante forskjeller mellom musikkterapi og TAU, og TAU alene i forhold til pasientens livskvalitet (Aalbers, mfl. 2017). Denne delen av forskningen blir konkludert med at dataen indikerer en fordelaktig, men kortvarig effekt av musikkterapi som supplement til TAU i behandling av pasienter med depresjon, sammenlignet med TAU alene. På samme måte som studien til Ross (Ross, mfl. 2008), konkluderer studien til Aalbers (mfl. 2017) med en oppfordring om å videre undersøke de terapeutiske mekanismene som genererer resultatet, da disse ikke er tilstrekkelig forstått (Aalbers, mfl. 2017).

Generelt kan det virke som at den musikkterapeutiske forskningen innen allmennpsykiatri er mer preget av mangler og et større behov for mer forskning, enn hva som angår musikkterapiforskningen innen psykose.

## 2.0 Metode

Dette er en kvalitativ studie hvor samtlige informanter er direktører for distriktpsykiatriske sentre i Helse Bergen sitt opptaksområde. Jeg har valgt et semistrukturert intervju som datainnsamlingsmetode, og som analytisk metode har jeg valgt bricolage. Jeg vil forklare alle de metodiske valgene mer inngående i løpet av dette kapittelet. Jeg vil også inkludere en gjennomgang av analysen, samt den generelle forskningsprosessen.

### 2.1 Informanter

Utvalget som blir undersøkt i denne studien er direktører ved distriktpsykiatriske sentre i Bergensområdet. Det er seks DPSer forbundet med Helse Bergen sitt opptaksområde, og som en forlengelse av det, er det seks aktuelle informanter, en for hvert DPS. Det siste året har det vært mye utskiftninger blant direktørene for DPSene i Helse Bergen. Enkelte av DPSene har derfor helt nyinnsatte direktører. Det er også enkelte av DPSene som har fungerende direktører, da i påvente av at en ny fast ansettelse skal finne sted. Denne utskiftningen medfører et interessant moment, da noen av informantene er godt kjent med musikkterapi, som følge av at de har vært mange år i stilling, mens andre nyinnsatte direktører har mindre kjennskap til faget. Selv om denne forskjellen ikke vil bli synlig i presentasjonen av resultatene, grunnet anonymisering, vil det likevel kunne medføre interessante kontraster i hva som kommer frem i intervjuene. Av grunner som jeg vil komme tilbake til senere i metodekapittelet, er det i denne studien kun fem av seks av de aktuelle direktørene som har tatt del i undersøkelsen.

Jeg har altså intervjuet administrativ og faglig leder (direktør) ved fem av de seks distriktpsykiatriske sentrene (DPS) i Helse Bergen sitt opptaksområde. I intervjuet har det vært fokus på ulike aspekter ved musikkterapitilbudet som DPSene tilbyr. Jeg har særlig vært interessert i å kartlegge direktørenes erfaringer og synspunkter på dimensjonering av tjenesten, hvorvidt tilbudet er integrert i det samlede behandlingstilbudet på en optimal måte, og eventuelle behov for videreutvikling av tilbudet. Jeg legger til grunn at informantenes beskrivelser vil dels reflektere deres personlige holdninger, oppfatninger og erfaringer med musikkterapi som tilbud i DPS, og dels reflektere deres stillingsbetingede, systemiske synspunkter på tilbudet. Denne kombinasjonen av å uttale seg på egne og tjenestens vegne kan representere en utfordring i fortolkning av resultatene. Denne problemstillingen vil jeg komme tilbake til senere i metodekapittelet.



Det har vært mange påvirkende faktorer bak de metodiske valgene jeg har endt opp med å ta i denne studien. Nedenfor vil jeg belyse disse valgene og bakgrunnen for dem.

## 2.3 Intervjuform

Den mest betydningsfulle utfordringen ved designet av studien har vært balansen mellom hvilke metoder jeg anser som mest hensiktsmessige, hva som er gjennomførbart og hvordan oppnå størst sjanse for deltagelse fra intervjuobjektene. Da dette er en kvalitativ studie har jeg valg dybdeintervju som datainnsamlingsmetode. Det er enkelte aspekter ved dybdeintervjuet som trenger å bli beskrevet mer inngående, da disse aspektene har hatt betydelig påvirkning på oppgavens ferdigstilling. Jeg vil forklare dette under.

For det første er studiens informanter direktører for distriktpsykiatriske sentre - en faglig og systemisk elite. Av denne grunn kan man kategorisere intervjuene som eliteintervjuer. Denne type intervju kan defineres som; "... *interviews «are» with persons who are leaders or experts in a community, who are usually in a powerful position.*" (Kvale & Brinkmann, 2009. s. 147). Kvale & Brinkmann trekker fram i sin bok ulike utfordringer ved å intervjuer en gruppe/person som er forbundet med en eliterolle i samfunnet. Et eksempel på en slik utfordring kan være den faglige kompetanseforskjellen mellom intervjuobjektet og intervjueren. For å motvirke denne utfordringen må intervjueren kjenne stoffet godt og ha et presist teknisk språk. Dette for å motvirke en potensiell makt-ubalanse mellom intervjuer og intervjuobjekt, samt unngå å gjøre intervjuet ustimulerende for intervjuobjektet. Om intervjuobjektet føler seg ustimulert av intervjuet, kan dette ha negative implikasjoner for dataen som kommer frem (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne, og andre utfordringer, kan tenkes å variere avhengig av hvilken type elitegruppe man intervjuer, da jeg personlig ikke opplevde en makt-ubalanse i denne prosessen. Derimot har utfordringen ved å etablere kontakt med intervjuobjektene hatt stor innflytelse på prosessen. Kvale & Brinkmann anser dette som den største utfordringen ved eliteintervjuer. Problemer med å etablere kontakt med informantene har preget prosessen i en slik grad at én av de seks direktørene ikke fikk mulighet til å ta del i studien, fordi vi ikke rakk å få i stand en intervjuavtale før datainnsamlingen måtte avsluttes.

Jeg var særlig opptatt av at informantene satt på interessant og verdifull informasjon om helsesystemets, og om institusjonens verdier, utfordringer og preferanser. Av den grunn ønsket jeg å foreta et faktaintervju (*factual interview*), altså et intervju med fokus på konkrete, håndfaste momenter (Kvale & Brinkmann, 2009. s. 150). Alternativt ville man kunne gjennomføre et intervju hvor fokuset i

større grad var på opplevelser som direktørene selv valgte å trekke frem . Jeg ønsket å ha fokus på de konkrete eksemplene, utfordringene og erfaringene som direktørene valgte å presentere.

Jeg valgte et semistrukturert design, da det gav meg mulighet til å komme med oppfølgende spørsmål, der det var hensiktsmessig. Blant annet av den grunn varierte lengden på intervjuene i stor grad. Det første intervjuet varte i ca. 17 minutter, mens det tredje varte i nærmere 45 minutter. Det kan tenkes at dette hadde en sammenheng med min kvalitet som intervjuer, da de første to intervjuene var betydelig kortere enn de neste tre. De to siste intervjuene var betydelig lengre enn de to første, men samtidig kortere enn det tredje. Dette kan tyde på en tilpasningsprosess hvor jeg i de to siste intervjuene, som begge var ca. 30 minutter, var mer komfortabel i rollen som intervjuer. Intervjuene ble forøvrig holdt på kontoret til hver av direktørene. Denne tilretteleggelsen ble gjort for å gjøre det mest mulig enkelt for informantene å delta i undersøkelsen.

## 2.4 Intervjuguide

Som nevnt har jeg valgt et semistrukturert intervju som datainnsamlingsmetode. I forbindelse med dette har jeg brukt en intervjuguide med 11 spørsmål, utformet i forkant av intervjuene. Disse spørsmålene er orientert rundt direktørenes egne erfaringer med musikkterapi innen DPS, vanskelige beslutninger forbundet med ansettelse av musikkterapeuter, utfordringer og fordeler ved ansettelser, etc.

## 2.5 Opptak, transkribering og lagring

Intervjuene ble tatt opp med båndopptaker for å minimere sjansen for at relevant data ble glemt, eller av andre grunner utelatt fra oppgaven. Samtidig hjalp det å ha intervjuene på opptak. Dette bidro til å gjøre databehandlingsprosessen mer overkommelig, da det gav meg mulighet til å gå tilbake til opptaket for å klarere eller sjekke detaljer og/eller misforståelser.

Transkriberingen ble gjort etter hvert av intervjuene var ferdig. Dette var gjort samme dag som intervjuet fant sted. Etter at transkriberingen var ferdigstilt ble det sendt til informantene for godkjenning. Jeg skrev hovedsakelig ned alt som ble sagt av både meg selv og intervjuobjektet, med unntak av onomatopoetikon og fonetiske lyder (ehhh, mmm, etc.), som ikke hadde en semantisk funksjon. Jeg endret også de mer muntlige formuleringene til mer forståelige, skriftlige formuleringer. Jeg passet da på at essensen av argumentet eller påstanden som ble formidlet, ble bevart. Alle endringer som ble gjort har siden blitt godkjent av intervjuobjektene selv, som har

uttrykt at deres holdninger, tanker og meninger fremdeles er representert på en adekvat og gjenkjennbar måte. Jeg brukte applikasjonen “Anytune” for å gjøre transkriberingen enklere. Appen gjør det mulig å tilpasse tempoet på avspillingen, samt forandre pitch på lydfilen. Applikasjonen gjorde det mulig å spole fritt gjennom lydfilen. Ved å senke hastigheten på lydfilen, begrenset applikasjonen behovet for å stoppe avspillingen når enkelte segmenter fra samtalen var utydelig eller gikk for fort. Dette bidro til å gjøre transkriberingen mindre tidkrevende.

Lagring av sensitiv data er noe som Universitetet i Bergen er opptatt av, og har av den grunn strenge føringer for hvordan det skal gjøres. Jeg gikk for en datalagringsløsning som ble anbefalt til meg av en professor på studiet. Jeg lagret alle intervjuene og transkripsjonene, samt annen sensitiv data forbundet med studien, på en kryptert USB hardisk. Etter hvert intervju overførte jeg dataen fra båndopptakeren over på den krypterte USBen. Det samme gjorde jeg etter hver transkripsjon var ferdig.

## 2.6 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Det er gjennom det vitenskapsteoretiske perspektivet at man som forsker kan spesifisere hvilken predisposisjon som ligger til grunne for de avgjørelsene som blir tatt i løpet av forskningsprosessen. Det vitenskapsteoretiske perspektivet vil både etablere en diskursiv- og metodisk standard for valgene det er naturlig å ta, samt bidra til å belyse den holdningen og det verdsettet som preger forskeren i løpet av studien. I dette avsnittet vil jeg beskrive mitt vitenskapsteoretisk perspektiv, samt belyse hvordan- og hvorfor jeg har valgt å gjøre som jeg har gjort.

Jeg har i denne oppgaven inntatt en eklektisk tilnærming, i den forstand at jeg bruker to forskjellige vitenskapelige perspektiver og anvender forskjellige aspekter ved disse. På denne måten blir det et perspektiv som kan representere min rolle og holdning som forsker.

Det første vitenskapelige perspektivet som jeg har hentet inspirasjon fra, er kritisk realisme - en tverrfaglig, anvendbar amalgamasjon av det vitenskapsfilosofiske perspektivet transcendental realisme (ikke til å forveksles med Kant sin transcendental idealisme) og det sosialvitenskapsfilosofiske perspektivet kritisk naturalisme (Bhaskar, 2008). Kort forklart er kritisk realisme en filosofi i opposisjon med både modernismen og postmodernismen. Begrepets sosialvitenskapsfilosofiske og vitenskapsfilosofiske nivåinndelingen omhandler de to kunnskapsdimensjonene epistemologi (hva er det

mulig å vite) og ontologi (hva eksisterer og hvordan) (Bahaskar, 2008). Kritiske realister er opptatt av hvordan en epistemologisk forståelse av virkeligheten må ligge til grunn for å forstå enkelte ontologiske sannheter.

Relevansen av dette i forbindelse med denne studien ser vi i det at direktørene uttalelser seg på egne og tjenestens vegne. Følgelig kan jeg ikke forholde meg til deres uttalelser som objektivt sanne eller subjektivt sanne, som er perspektivets overordnede fokus. Derimot anerkjenner jeg den refleksive holdningen som dette fokuset innbefatter at det finnes flere dimensjoner av sannhet. Jeg ønsker at studien skal omhandle de holdningene og erfaringene som har en relevant påvirkning på dimensjoneringen av musikkterapi på DPS. Hvorvidt disse holdningene har bakgrunn i intervjuobjektene personlige erfaringer, eller deres profesjonelle erfaringer, er et interessant moment, men et sekundært fokus mer tilpasset diskusjonsdelen enn den direkte drivkraften bak analysen av intervjuene. Som tidligere påpekt ønsker jeg å ha fokus på momentene som direktørene trekker frem, heller enn bakgrunnen for dem.

Det andre vitenskapelige perspektivet er hermeneutikk. I en studie hvor intervjuobjektene presenterer sine tanker og opplevelser, og hvor jeg skal analysere disse tankene og opplevelsene inn i en forståelig, kontekstualisert og meningsfylt sammenheng, er det nødvendig med en viss form for tolkning. Samtidig ønsker jeg ikke at studiens hovedfokus skal være et dypdykk inn i hvem direktørene er og hvordan deres historie har preget dimensjoneringen av musikkterapi på DPS. I den hermeneutiske litteraturen finner vi riktignok nivåinndelinger av tolkning, gjennom det som kalles "*The Hermeneutical Canons of Interpretation*" (Kvale & Brinkmann, 2009. s. 210). Dette er en oversikt over seks kanoner av tolkning, hvorav den fjerde kanonen, *en teksts autonomi*, vil være en passende hermeneutisk beskrivelse av tolkningen som gjøres i denne studien. Den fjerde kanonen beskrives som: "... *the text should be understood on the basis of its own frame of reference by explicating what the text itself states about a theme*" (Kvale & Brinkmann, 2009. s. 210). Med andre ord vil jeg forholde meg til direktørenes uttalelser for det de er, med forbehold om og anerkjennelse av at det er flere lag av nyttig og interessant tolkning, men som jeg da velger å ikke vektlegge i samme grad. Dette vil bli mer gjeldene i analysen, hvor jeg skal forklare det mer inngående.

Oppsummerende vil denne studien hovedsakelig ha fokus på de momentene som intervjuobjektene har valgt å trekke frem under intervjuet, heller enn bakgrunnen for hvorfor disse momentene blir brakt fram.

Bakgrunnen for hvorvidt et moment blir presentert i analysen eller ikke, vil være en vurdering fra min side. Jeg trekker altså frem de momentene jeg mener er interessante, eller på andre måter kan bidra

til å kaste lys over problemstillingen på en hensiktsmessig måte. Det er her den hermeneutiske dimensjonen blir tydelig ved at jeg tolker momentene som informantene presenterer i lys av min egen vurdering av hva som er interessant og hensiktsmessig informasjon å trekke frem for å belyse problemstillingen. En annen student, med andre verdier og et annet fokus, ville kunne trukket frem andre momenter fra intervjuene. Dette synliggjør den kritiske realismens relevans, i den forstand at det finnes flere dimensjoner av sannhet, og at jeg tar utgangspunkt i hva jeg anser som hensiktsmessige momenter for å belyse problemstillingen, og anerkjenner at det også finnes andre momenter som kunne blitt trukket frem, uten at det ville gjort resultatet mer eller mindre sant. Jeg forholder meg følgelig til mitt eget vitenskapsteoretiske perspektiv som et redskap, hvor jeg henter ulike aspekter fra forskjellige perspektiver for å gjøre dette redskapet mest mulig egnet til å produsere det mest meningsfulle resultatet på bakgrunn av intervjuene.

## 2.7 Analyse

Det er i analysen av intervjuene at dataen fra studien vil bli organisert og raffinert, og klargjort for presentasjon som funn. I en kvalitativ studie vil funnene i stor grad være preget av hva som er fokuset i analysen. Dette fokuset vil også definere hvilken analysemetode som bør anvendes. Ettersom problemstillingen prøver å gjøre rede for direktørens tanker om og opplevelser av musikkterapi på DPS, er det ikke nødvendigvis ett enkelt tema som går igjen, men heller forskjellige tema med likheter og ulikheter. Siden det er mange ulike aspekter som kommer frem i intervjuene har jeg ansett det som hensiktsmessig å bruke en analysemetode som kan håndtere dette, nemlig en bricolage-analyse.

## 2.8 Bricolage

Kort forklart er bricolage tatt ut fra en fransk kunststil og beskriver en prosess hvor man skaper et nytt produkt ved å ta i bruk allerede eksisterende materialer, da gjerne de materialene som er til overs fra et tidligere prosjekt (Baldick, 1996. s. 42). Begrepet har fra siste halvdel av det forrige århundre blitt anvendt av ulike fagmiljø for å beskrive ulike prosesser eller konsepter som innbefattes i de ulike fagene. Slik begrepet er relevant i kontekst av denne studien, ble det først brukt i en sosialvitenskapelig sammenheng på 1960-tallet som en metafor for å beskrive hvordan samfunnet skaper nye løsninger ved å bruke allerede tilgjengelige sosiale ressurser, etablert i den

kollektive sosiale arven (Lévi-Strauss, 1962). Lévi-Strauss sin anvendelse av begrepet ble siden benyttet av en ny generasjon med fagpersoner, blant annet i en forsknings- og utdanningssammenheng (Denzin & Lincoln, 1999. Kincheloe, 2001., 2005. Steinberg & Kincheloe, 2011. Rogers, 2012). I denne sammenhengen blir begrepet brukt for å beskrive en eklektisk analysemetode hvor man bruker de verktøyene og virkemidlene som er tilgjengelig for å kontekstualisere det aktuelle tema på en presis måte (Rogers, 2012). Det ble ansett som nødvendig å innføre denne typen eklektisk analysemetode da fenomenene og problemstillingene som blir undersøkt i kvalitative studier kan være for komplekse og nyanserte til at en endimensjonal analysemetode kan beskrive dem uttømmende (Rogers, 2012. Kincheloe, 2001., 2005).

I tillegg til å beskrive- eller metaforisk representere, ulike faglige prosesser og konsepter, kan bricolage, og litteraturen som omhandler konseptet, beskrives som en ideologisk spydspiss i opposisjon til positivismen sitt *monological focus* (Kincheloe, 2005. s. 326) med en innsnevret og kunnskapsbegrensende tilnærming (Rogers, 2012. s. 9. Kincheloe, 2001., 2005). “Bricolage-bevegelsen” stiller seg heller bak det sosialkonstruktivistiske perspektivet på kunnskap, noe som igjen har høstet kritikk fra de mer positivistiske fagmiljøene (Kincheloe, 2001., 2005).

Innledningsvis i metodekapittelet skrev jeg at det vitenskapsteoretiske perspektivet som beskriver ens rolle som forsker kan bidra til å definere diskursive- og metodiske standarder som det er naturlige å forholde seg til. I tillegg kan det vitenskapsteoretiske perspektivet belyse forskerens verdisett og holdning. Ved å bruke denne analysemetoden ønsker jeg ikke å ta et ideologisk standpunkt i den ene eller andre leiren. Jeg anerkjenner metodens anvendbarhet, uavhengig av hvilken bevegelse som støtter eller ikke støtter den. Jeg forholder meg til denne metoden, samt enkelte av de andre metodiske valgene jeg har gjort, som redskaper for å få best mulig innblikk i det aktuelle tema for studien.

## 2.9 Analyseprosessen

Det første steget i analysen var å lese gjennom transkripsjonene. Jeg tenkte i utgangspunktet å konstruere kategorier i forkant av gjennomlesningen for så å deduktivt se om jeg identifiserte momenter som passet inn i prekonstruerte kategorier. Etter samtale med veileder og en annen førsteamanuensis ved Griegakademiet kom vi i felleskap fram til at den deduktive metoden kunne være begrensende. Det å skape en avgrensende ramme i forkant av gjennomgangen av

transkripsjonene kunne påvirke min evne til å identifisere andre momenter som jeg i konstruksjonen av kategoriene ikke hadde forholdt meg til. Det ble derfor besluttet at en induktiv gjennomgang av transkripsjonene var den mest hensiktsmessige tilnærmingen.

Jeg leste så gjennom transkripsjonene i forsøk på å finne avsnitt, momenter eller sitater som jeg følte skilte seg ut eller innbefattet et tema som kunne være interessant å reflektere rundt. Jeg markerte utdragene med rød farge slik at jeg lettere kunne finne tilbake til dem etter gjennomlesningen. Da jeg hadde lest gjennom alle transkripsjonene kopierte jeg de markerte avsnittene inn i et nytt dokument. Her organiserte jeg dem i forhold til det spørsmålet avsnittet var forbundet med. Alle avsnittene ble også plassert i forhold til den av informantene som hadde ytret dem.

Denne prosessen ga opphav til ca. 20 A4-sider med markerte utdrag. Jeg leste så igjennom dette dokumentet og forsøkte å lage koder som kunne representere tema som utdraget handlet om. Eksempel på dette kan sees på BILDE 1.

(BILDE 1)

### **Så det første steget kan være en utfordring?**

**Driften kan endres også, fordi at forventningene endres. (Kultur)**

**det der med å komme på banen, det tror jeg må være den første utfordringen, og når man først er innenfor så hører jeg ikke noen si at det ikke er bra. (Kultur?) (Positiv effekt?)**

**Da er man der og da kan man gjøre seg mer synlig. (Fagmiljø?) (Tverrfaglighet?) (Kultur?) (Formidling?)**

Spørsmålet i fet skrift øverst på bildet er et oppfølgingsspørsmål forbundet med et av spørsmålene fra intervjuguiden. Teksten markert i rødt er utdrag fra enhetens svar, forbundet med spørsmålet over. Ordne og setningene i parentes er koder assosiert med temaet i utdraget. Spørsmålsteget (“?”) som står sammen med flere av kodene betyr at jeg på dette stadiet i analysen var usikker på hvilke tema som utdraget passet best innenfor. Kodene markert med fet skrift (for eksempel “**Positiv effekt**”) er koder som det på dette stadiet ennå ikke er avklart om skulle være med i den endelige analysen. Den ene koden (Kultur) som verken er markert i fet skrift eller står med et spørsmålsteget, representerer en kode hvor plasseringen er klarert og

godkjent.

Etter at jeg hadde lest gjennom transkripsjonen flere ganger plasserte jeg de etablerte kodene inn i et nytt dokument. I dette dokumentet kategoriserte jeg dem etter sikre- og usikre koder. De sikre kodene var de som gjerne hadde blitt anvendt flere ganger per transkripsjon. De usikre kodene var generelt mindre anvendt. Som et resultat endte enkelte koder opp med å bli fjernet fra analysen da de ikke spilte en tilstrekkelig relevant rolle. Alle kodene i tabellen under er nå med i analysen. Eksempel kan sees på BILDE 2.

Sikre Koder	Usikre Koder
Supplement	Positivt innstilt
Satsning	Kontradiksjon mellom direktørene
Budsjett	Statlige føringer
Prioritering	Erfaring
Kompetanse	Formidling
Prosjekt om medikamentfritt behandlingsforløp	Autonomi
Forskning	Positiv effekt
MT og allmennpsykiatri	Personlig
Anvendbarhet	
Fagmiljø	
Tverrfaglighet	
Kultur	
Dokumenterbar effekt	
Kommunalt versus Spesialhelsetjenesten	

(BILDE 2)

Etter å ha plassert kodene inn i tabellen som vist på BILDE 2, forsøkte jeg å finne koder som åpenbart eller delvis omhandlet det samme tema. Jeg lagde så tre overordnede kategorier som gjenspeilte disse temaene og fordelte kodene inn i hver kategori. Deretter lagde jeg tre underkategorier for hver overordnede kategori. Jeg fordelte så de ulike kodene inn i en respektiv underkategori. Eksempel kan sees på BILDE 3



### **Systemiske momenter**

1. "Statlige føringer" - "Prosjekt om medikamentfritt behandlingsforløp" - "Kommunalt versus spesialhelsetjenesten"
2. "Budsjett" - "Prioritering" - "Satsning"
3. "Kultur" - "Autonomi"

### **Praktiske momenter**

1. "Kompetanse" - "MT og allmennpsykiatri" - "Anvendbarhet" - "Dokumenterbar effekt"
2. "Supplement" - "Tverrfaglighet"
3. "Forskning" - "Fagmiljø" - "Formidling"

### **Kontradiktoriske momenter**

1. "Kontradiksjoner mellom direktørene"

(BILDE 3)

Etter dette lagde jeg en ny tabell hvor jeg kunne organisere de ulike kategoriene og kodene, samt navngi underkategoriene. Eksempel sees på BILDE 4.

<b>Systemiske momenter</b>		
<b>1. Systemiske faktorer</b>	<b>2. Institusjonelle faktorer</b>	<b>3. Avgjørende faktorer</b>
Statlige føringer	Budsjett	Kultur
Prosjekt om medikamentfritt behandlingsforløp	Prioritering	Autonomi
Kommunalt versus spesialhelsetjenesten	Satsning	

<b>Praktiske momenter</b>		
<b>1. Intervensjonseffekt</b>	<b>2. Tilretteleggende effekt</b>	<b>3. Faglig utvikling</b>
Kompetanse	Supplement	Forskning
MT og allmennpsykiatri	Tverrfaglighet	Fagmijø
Anvendbarhet		Formidling
Dokumenterbar effekt		

<b>Kontradiktoriske momenter</b>
<b>3. Likheter og ulikheter</b>
Kontradiksjoner mellom direktørene

(BILDE 4)

## 2.10 Etiske problemstillinger

Det er naturlig å reflektere rundt etiske utfordringer som er forbundet med studien man gjennomfører. Jeg vil i dette avsnittet forsøke å presentere noen av utfordringene jeg har forholdt meg til i løpet av forskningsprosessen. I tillegg vil jeg reflektere rundt hvorfor det i kontekst av denne studien har vært utfordrende å identifisere etiske problemstillinger.

En etisk utfordring jeg har forholdt meg til er anonymisering. Jeg har ønsket å anonymisere informantene som har blitt intervjuet, da dette har bidratt til å gjøre det enklere for dem å ta del i studien. I tillegg kan det tenkes at et løfte om anonymisering har bidratt til å få frem andre, og kanskje også mer autentiske svar enn hva som ellers hadde blitt uttrykt i intervjuene. Jeg har imidlertid oppgitt informantenes stilling, da det er en essensiell del av studien at det er direktører for DPSer som blir intervjuet. Og siden det er kun fem informanter som inngår i studien, vil det kunne være en fare for den enkeltes informant vil kunne bli gjenkjent ut fra svarene som gis. Jeg har derfor valgt å ikke inkludere detaljer som kan bidra til å gjenkjenne informantene. I tillegg har jeg valgt å erstatte kjønnsbetegnelser som ”han” og ”hun” med ”hen”, da kjønnet på for eksempel direktøren eller institusjonens musikkterapeut/musikkterapeuter kan bidra til å kompromisere intervjuobjektens anonymitet.

En annen etisk problemstilling er knyttet til informasjonen jeg har fått gjennom intervjuene, om fagpersoner, fagmiljøer, medstudenter og lignende. Slik informasjon vil i prinsippet kunne bli misbrukt på ulike vis, og fordrer at jeg som student pålegger meg selv full taushetsplikt. Stilt overfor slik informasjon er det dessuten viktig å skille mellom min rolle som forsker på den foreliggende undersøkelsen, og andre, mer personlige roller jeg også innehar – blant annet som medstudent og kollega.

Jeg har forøvrig sendt informasjonsskriv og samtykkeskjema og fått samtykke fra samtlige direktører som deltar i studien (se vedlegg 2).

I tillegg har jeg sendt søknad til NSD og fått godkjenning (se vedlegg 1).

## 3.0 Teori

I dette kapitlet vil det bli presentert ulike teoretiske perspektiver og faglige begreper som kan bidra til å kaste lys over oppgavens tema. Litteraturen som presenteres i dette kapitlet vil også utgjøre et grunnlag for diskusjonen.

### 3.1 Salutogenese

De siste 50 årene har det skjedd en gradvis forandring i hvordan vi i den vestlige verden forholder oss til begrepet helse. Frem til siste halvdel av det forrige århundre var synet på helse utelukkende preget av patogenese, først konseptualisert gjennom boken *Science, Synthesis, and Sanity* (Williamson & Pearse, 1966). Dette helsesyntet baserer seg på læren om kilder og grunner til sykdom, hvor helse blir forstått som fravær av sykdom. Fokus er følgelig utelukkende på lidelsene, som blir betraktet gjennom en retrospektiv prosess hvor man søker å identifisere metoder for å unngå, håndtere, eller på andre måter lindre lidelsen (Jain, mfl. 2018). Innenfor psykisk helsevern har dette patologiske helsesyntet hatt tragiske implikasjoner for hvordan man har sett på og behandlet psykiatriske pasienter. Mange psykisk syke tilbragte store deler av livet innenfor enorme, deindividualiserende institusjoner (Solli, Rolvsjord & Borg, 2013., Slade, 2009). Det var først med recovery-bevegelsen og fremveksten av det salutogenetiske helsesyntet på 60- og 70-tallet, at man så en forandring i hvordan man snakker om, anerkjenner og forholder seg til psykisk helse (Solli, Rolvsjord & Borg, 2013). De siste tre tiårene har denne forandringen vært særlig markant.

i 1979 introduserte sosiologen Aaron Antonovsky et perspektiv som utfordret datidens dominerende, patologiske syn på helse. Gjennom forskning på kvinnelige overlevende fra Holocaust merket Antonovsky at til tross for alvorlige, traumatiserende livsbelastninger fra tiden i konsentrasjonsleir under krigen, fungerte de relativt bra i samfunnet (Antonovsky, 1979). Dette fikk ham til å tenke at det var noen aspekter ved god helse som ikke utelukkende handlet om fraværet av helseplager, men heller nærværet av andre faktorer. Han introduserte derfor begrepet salutogenese, et helsesyntet som kan beskrives som, men ikke begrenses av "...the study of health origins and causes..." (Becker, mfl. 2009. s. 2). Dette perspektivet sto i kontrast til det gjeldende

patologiske synet på helse. I motsetning til å identifisere faktorer som gir opphav til dårlig helse, er man i det salutogenetiske perspektivet opptatt av å identifisere faktorer som skaper god helse. Mer spesifikt mente Antonovsky at gjennom å oppleve livet som meningsfylt, forutsigbart og begripelig - det han omtaler som «sense of coherence», ville man oppnå bedre helse (Antonovsky, 1979).

## 3.2 Recovery

Recovery-bevegelsen var et annet perspektiv som vokste frem i kjølvannet av det salutogenetiske helsesynt. Det har vist seg vanskelig å komme til enighet om en definisjon av begrepet, men beskrivelsen som ofte anvendes er:

“... a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life, even with limitations caused by the illness, recovery involves the development of new meaning and purpose in life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness”

(Anthony, 1993, s. 7)

På samme måte som det salutogenetiske perspektivet, baserer recovery-bevegelsen seg på tanken om at man primært skal møte personen og dens tilgjengelige ressurser, og ikke lidelsen. Forskning viser at pasienter som er diagnostisert med psykiske lidelser av kronisk karakter eller med dårlig prognose, likevel kan oppleve bedring dersom de mottar recovery-orientert behandling. Dette kommer blant annet frem i en longitudinell studie hvor man fulgte pasienter diagnostisert med schizofreni over en periode på 32 år. Her fant man at en betydelig andel (53-68%) hadde fravær av både positive og negative symptomer etter å ha mottatt recovery-orientert behandling (Harding, mfl. 1987). I etterkant har flere lignende studier vist samme type resultater (e.g., Davidson mfl. 2005., Davidson & McGlashen, 1997., McGlashen, 1988).

Antonovsky sitt arbeid og innflytelsen til recovery-bevegelsen har på mange måter fungert som et paradigmeskifte med hensyn til det å omtale psykisk helse, og hvordan en forholder seg til helsefremmende prosesser. Dette har igjen skapt muligheter for andre helsefaglige fokus. Empowerment-begrepet er et eksempel på dette (Rappaport, 1981). Empowerment går ut på å forløse pasientens ressurser gjennom autonomi og selvbestemmelse,

slik at de selv kan representere sine verdier, mål og interesser på en selvbestemt måte (Rappaport, 1981). Begrepet har i senere tid også blitt assosiert med musikkterapi, og da kanskje spesielt innenfor en faglige forgrening som kalles ressursorientert musikkterapi (Rolvjord, 2008). Innen denne retningen har man fokus på å engasjere pasienten til å få kontakt med sine interne og eksterne ressurser (Rolvjord, 2008). Rolvsjord sammenligner samspillet mellom de interne og eksterne ressursene med de som man assosierer med økonomi. Interne ressurser er personens kjøpekraft eller likviditet. Innenfor ressursorientert musikkterapi vil dette være personens gode kvaliteter, både relasjonelle og musikalske. De eksterne ressursene er de tilgjengelig egenskapene som beskriver personens sosiale nettverk, bekjentskaper og muligheter som har en positiv innvirkning på personens helse (Rolvjord, 2008).

Psykisk helsevern er blitt stadig mer inspirert av recoveryperspektivet de senere årene. DPSene i Bergen er intet unntak. Disse institusjonene har de siste årene forandret seg som en følge av denne inspirasjonen. Dette ser vi blant annet gjennom Helse Bergen sitt prosjekt for medikamentfritt behandlingsforløp og et sterkere fokus på brukermedvirkning. Man kan også se et nasjonalt engasjement, da DPSer over hele landet de nå tilbyr pasienter plass på medisinfrie døgnenheter. Behandlingen inspirert av recovery-perspektivet er organisert på en sån måte at pasienten selv er i stand til å ta egne avgjørelser med hensyn til behandlingsform og -forløp (Akershus Universitetssykehus, 2018. Solli, mfl. 2013). Dette betyr blant annet at pasienten selv kan bestemme hvorvidt hen ønsker at medisiner skal være en del av behandlingen eller ikke. Institusjonen skal med andre ord tilrettelegge for at alternativer til medikamentell behandling er tilgjengelig. Behandlerne og pasienten skal i fellesskap skreddersy et behandlingsforløp som pasienten både forstår og godkjenner. Det er da institusjonens jobb å gi pasienten tilstrekkelig med informasjon slik at pasienten har mulighet til å gjøre informerte beslutninger angående eget behandlingsforløp (Akershus Universitetssykehus, 2018).

I musikkterapi er det forskjellige perspektiver som kan tenkes å gjenspeile recoveryperspektivet i praksis. Samfunnsmusikkterapien og den ressursorienterte musikkterapien er eksempler på praksistilnærminger som inspireres av enkelte aspekter ved recovery-perspektivet. I Norge er det vanlig å praktisere, eller i hvert fall berikes, av disse to perspektivene. Jeg vil nå presentere en mer inngående beskrivelse av samfunnsmusikkterapien.

### 3.3 Samfunnsmusikkterapi

Samfunnsmusikkterapi er en diskursiv amalgamasjon av ulike brukerstyrte- og ressursorienterte perspektiver (Stige & Aarø, 2012). Å definere samfunnsmusikkterapi er utfordrende, da det er en diskurs preget av komplekse, tvetydige begreper som beskriver interpersonlige- og samfunnsbetingende fenomener. Kenneth Bruscia definerte denne diskursen som “... *traditional individual or group music therapy settings, while also working with the community.*” (Bruscia, 1998, s. 237). Stige & Aarø forklarer at Bruscia sin definisjon utelater noen aspekter ved diskursen som i nyere definisjoner har blitt mer vektlagt (Stige & Aarø, 2012). Et eksempel på en nyere definisjon som inkluderer disse aspektene er Stige sin egen, tredelte definisjon av diskursen:

*“Community Music Therapy as an area of professional practice is situated health musicking in a community, as a planned process of collaboration between client and therapist with a specific focus upon promotion of sociocultural and communal change through a participatory approach where music as ecology of preformed relationships is used in non-clinical and inclusive settings.*

*Community Music Therapy as emerging sub-discipline is the study and learning of relationships between music and health as these develop through interactions between people and the communities they belong to.*

*Community Music Therapy as emerging professional specialty is a community of scholar-practitioners with a training and competence qualifying them for taking an active musical and social role in a community, with specific focus upon the promotion of justice, equitable distribution of resources, and inclusive conditions for health-promoting sociocultural participation”* (Stige, 2003. s. 454).

Stige beskriver her en musikkterapi som har fokus på klientens økologiske overganger og klientens mulighet- og evne til å samspille med miljøet/miljøene de er del av. Dette er oppnådd gjennom et samarbeid mellom terapeut og klient (Stige, 2003). Stiges definisjon kan fungere som et perimeter på hvor inklusiv en definisjon av samfunnsmusikkterapi trenger å være, skulle den lykkes med å inkludere alle de nyanserte variasjonene man kan møte i arbeid med slike sosiokulturelle og interpersonlige problemstillinger som preger menneskelig kontakt og fremdrift i dagens komplekse samfunn.

Et perspektiv som samfunnsmusikkterapidiskursen har slektskap til, og som kan bistå som en metaforisk sammenligning, kommer fra Christoffer Small sin bok *Musicking*, hvor Small reflekterer rundt musikalsk utfoldelse og deltagelse (Small, 1998). Small beskriver musikalsk utfoldelse som et fenomen bestående av langt mer enn bare musikerne som fremfører musikken (Small, 1998). Han argumenterer for at publikum, arrangørene og renholdspersonalet, på lik linje med musikerne, er en essensiell del av en musikalsk opplevelse, og at alle disse individuelle aktørene utgjør i fellesskap fenomenet Small beskriver som “Musicking” (Small, 1998). Denne tanken om at summen av helheten utgjør mer enn summen av delene, kan tenkes å fungere som en adekvat analogi på hva samfunnsmusikkterapiens fokus er.

Diskursen henter også inspirasjon fra Bronfenbrenner sin utviklingsøkologiske modell (Bronfenbrenner, 1979). Bronfenbrenner organiserte menneskets samhandling med samfunnet inn i fem økologiske nivåer, makrosystemet, eksosystemet, mesosystemet og mikrosystemet (Bronfenbrenner, 1979). Disse systemene beskriver ulike samfunnsstrukturer som skole, jobb, kommune, stat, familie, nabolag og vennegjeng (Bronfenbrenner, 1979).

Samfunnsmusikkterapeuter forholder seg aktivt til disse samfunnsstrukturene og kan for eksempel jobbe med pasientens overganger mellom samfunnets ulike systemer.

### 3.4 Profesjonsteoretisk perspektiv

Musikkterapeutene er ikke alene om å tilby en løsning for den problematikken en DPS forholder seg til. Legene og psykologene, sykepleierne og sosionomene, og andre tilsette ved en DPS, har alle forskjellige innfallsvinkler til hvordan man kan bedre pasientenes psykiske helse. Dette kan skape profesjonsmotsetninger og konkurranse om jurisdiksjon. I profesjonsteori omhandler jurisdiksjon en profesjons juridisk- og kulturelt betingede rett til å løse et problem (Abbott, 1988). Et eksempel på dette er legene som er den eneste profesjonelle med rett til å foreskrive medisinsk behandling. Profesjoner kan samtidig ha delt jurisdiksjon, da for eksempel både leger og psykologer kan være behandlingsansvarlige.

Ettersom problematikken som DPSene står ovenfor er flertydige og variert, trenger DPSene å tilby et flerfaglig kompetansetilbud. Av den grunn er det naturlig å tenke at avgjørelsene forbundet med ansettelsen av musikkterapeuter kompliseres når kompetansefeltet til terapeuten er udefinert. Av denne grunn er det profesjonsteoretiske perspektivet et viktig aspekt



ved temaet for denne studien.

Musikkterapiens profesjonaliseringsprosess beskriver fagets profesjonelle utvikling, tilpasning og posisjonering. Musikkterapiens profesjonaliseringsprosess ser for øyeblikket ut til å være preget av et veiskille. Det er mange forskjellige måter å praktisere musikkterapi på, hvor noen av disse måtene har en spesifisert funksjon, mens andre har en mer generell, supplerende funksjon. I tillegg til at det er mange ulike måter å praktisere musikkterapi på, er det like mange ulike måter å forstå musikkterapi på. Perspektiver som samfunnsmusikkterapi, musikkcentrert musikkterapi, ressursorientert musikkterapi og psykodynamisk musikkterapi er bare noen eksempler på dette mangfoldet. Bakenforliggende er det et fundamentalt spørsmål om musikkterapeuter bør ha en generell, anvendelig kompetanse, eller en mer avgrenset, spesialisert kompetanse. I enkelte sammenhenger blir musikkterapi roset for sitt bidrag i møte med psykoseaksen, mens i andre sammenhenger blir det uttrykt et ønske om å heller se tjenesten anvendt i allmennpsykiatrien. I tillegg vil de andre profesjonene som har overlappende kompetansefelt bidra til å forme utfallet av musikkterapiens profesjonalisering. Dette samspillet, og faktorer som påvirker samspillet, er hva Andrew Abbott kaller "*The system of professions*" (Abbott, 1988).

Samspillet mellom profesjonene, og hvordan de utvikler og forandrer seg, kan bli påvirket av at det etableres en ny tjeneste i et etablert system. Dette kan skape friksjon i profesjonssystemet, som igjen bidrar til en forandring av de profesjonene som systemet består av (Abbott, 1988). I tillegg til systemforstyrrende elementer, kan også faglige- og teknologiske innovasjoner skape nye behov og problemer, som igjen kan skape behov for nye problemløsende profesjoner. Behovet for å profesjonalisere oppgaver og funksjoner har ofte bakgrunn i nettopp det at et problem krever spesialisert kompetanse for å løses (Abbott, 1988). I tilfelle av musikkterapien, og i kontekst av denne oppgaven, er det gjeldende "problemet" som skal "løses" personers psykiske helse og velvære. Så hvilke rolle bør, eller kan, musikkterapi ha i DPSenes flerfaglige kompetansetilbud?

## 4.0 Funn

Jeg vil i dette kapitlet presentere funnene som fremkommer gjennom bricolage-analysen. Her har jeg organisert temaene og momentene i tre kategorier hvorav alle omhandler ulike dimensjoner rundt det overordnede temaet. De tre overordnede kategoriene er:

1. *Systemiske momenter.*
2. *Praktiske momenter.*
3. *Kontradiktoriske momenter.*

I tillegg har jeg delt hver av disse tre overordnede kategoriene inn i tre respektive underkategorier, med unntak av *Kontradiktoriske momenter* hvor det bare er én underkategori. Bakgrunnen for å organisere kategoriene på denne måten er et forsøk på å skape en mer presis tematisering av kodene. Dette er organisert på følgende måte:

### *Systemiske momenter*

1. Systemiske faktorer
2. Institusjonelle faktorer
3. Avgjørende faktorer

### *Praktiske momenter*

1. Intervensjonseffekt
2. Tilretteleggende effekt
3. Faglig utvikling

### *Kontradiktoriske momenter*

1. Likheter og ulikheter

Hver underkategori er organisert ved å bruke koder fra analysen som representanter for de temaene som innbefattes i underkategoriene.

Jeg henviser til informantene som informant 1, informant 2, etc. På denne måten blir det mulig å skape et bilde av variasjoner i svarene mellom de ulike informantene, uten at det går på

bekostning av deres anonymitet. Utdragene som her blir presentert er alle forbundet med en overordnet kategori. Ettersom det er enkelte av utdragene som har relevans på tvers av de overordnede kategoriernes underkategorier, vil det være noen utdrag som brukes flere ganger.

## 4.1 Systemiske momenter

Denne kategorien innbefatter problemstillinger, utfordringer, holdninger og eksempler fra informantenes uttalelser som omhandler et systemisk og administrativt tema. Eksempler på temaene som kommer frem i denne kategorien er budsjett, statlige føringer, prioritering, kultur, autonomi etc. Den første underkategorien, *Systemiske faktorer*, omhandler momenter som har innflytelse på DPSens drift, men som ikke er direkte kontrollert av DPSen. Kodene forbundet med denne underkategorien er *Statlige føringer*, *Prosjekt om medikamentfritt behandlingsforløp* og *Kommunalt versus spesialhelsetjenesten*.

### 4.1.1 Systemiske faktorer

I denne underkategorien er momentene som trekkes frem forbundet med krefter som er overordnet institusjonen. En av disse kreftene er statlige føringer.

#### Statlige føringer

Statlige føringer er et paraplybegrep for regler, prosedyrer, eller på andre måter rammer innført av staten, som legger føringer for driften av ulike offentlige institusjoner, og i tilfelle av denne studien, driften av distriktpsykiatriske sentre. For å kaste lys på direktørens innflytelse på dimensjoneringen av musikkterapitjenesten på DPS, anser jeg det som hensiktsmessig å først undersøke hvilken faktor som har innvirkning på direktørens handlingsrom. Er det rammer og føringer som ligger bak kulissene som avgjør autonomien til institusjonene? Direktør 1 trekker frem et moment som kan bidra til å kaste lys over statlige føringer og deres innflytelse på driften. Direktør 1 sier:

*“I poliklinikken er vi delvis innsatsstyrt finansiering. Det vil si at når en pasient kommer til en samtale med en psykolog så får vi inntekt på det. Og det ligger ikke der i forhold til musikkterapi enda.” (Direktør 1)*

Med dette sitatet ser vi en statlig føring som har en indirekte effekt på dimensjoneringen av musikkterapijenesten, på den måte at systemet for innsatsstyrt finansiering betinger institusjonen til å velge vekk musikkterapi til fordel for de tjenestene som genererer den inntekten. Dette bekreftes i et annet sitat fra Direktør 1:

*“Når du ikke har den inntekten som du kan ta unna på ventelistene på samme måte som en psykolog, så må jo du prioritere og da er det jo lett å velge det trygge” (Direktør 1).*

Hvorfor er denne finansieringsordningen kun forbundet med to behandlingstjenester? Selv om jeg ikke har litteratur som kan forklare denne forskjellen, så er det tenkelig at denne forskjellen har forbindelse med en annen, like distinkt forskjell; profesjonenes delegerte pasient- og behandlingsansvar. Vanligvis på institusjoner for psykisk helse er det enten en psykolog eller psykiater som har det overordnede behandlingsansvaret for alle- eller enkelte aspekter ved behandlingsforløpet til pasientene (Myklebust & Zimmermann, 2008). Dette med bakgrunn i at behandlingen som en pasient mottar er forbundet med diagnosen den pasienten har, hvorav selve diagnostiseringen må gjøres av en psykolog eller psykiater (Myklebust & Zimmermann, 2008). Gir dette uttrykk for en kultur, etablert over mange år med forskning på psykiatri og psykologi, eller er det statlige føringer som avgjør dette? Direktør 3 sier:

*“Behandlingsansvar er et toegget sverd. Her hos oss så er det noen juridiske begreper. Pasientansvarlig skal være en spesialist. Enten psykiater eller psykologspesialist.” (Direktør 3).*

Her forteller Direktør 3 at det hos dem er noen juridiske begreper; pasientansvarlig og behandlingsansvar. Men hva er forskjellen mellom disse begrepene?

Pasientansvarlig er den som har ansvar for pasienten (Myklebust & Zimmermann, 2008). Denne rollen henvendes også til som “overordnet behandlingsansvarlig” (Myklebust & Zimmermann, 2008). Pasientansvarlig har ansvar for at pasienten mottar den nødvendige behandlingen, har kontakt med alle nødvendige organer som sosionom, trygdekontor,

hjemmesykepleien, fastlege og hva enn andre instanser som anses som nødvendige aspekter ved behandlingen. Behandlingsansvar beskriver som regel en situasjon hvor en behandler, for eksempel i et tverrfaglig team, er selv ansvarlig for behandlingen han/hun tilbyr pasienten i den tverrfaglige sammenhengen (Myklebust & Zimmermann, 2008).

Direktør 3 forteller at pasientansvarlig skal være en spesialist; psykiater eller psykologspesialist. Er dette statlige, lovpålagte krav til institusjonen, eller gir dette uttrykk for en driftskultur? Direktør 5 legger videre lys på denne problematikken, da hen sier:

*“Dette er jo regulert gjennom loven. Jeg tror det er viktig at en lege eller en psykolog har det ansvaret” (Direktør 5).*

Det er enkelte utsagn, presentere senere i kapittelet, som skaper kontraster rundt hvorvidt disse rammene gir uttrykk for en driftskultur, eller om de er et resultat av statlige føringer. I denne underkategorien har jeg referert til problematikken rundt behandlingsansvar for å belyse temaet om statlige reguleringer og føringer, men selve temaet om delegert behandlingsansvar vil også bli brakt fram på et senere tidspunkt i kraft av et annet perspektiv.

### **Prosjekt for medikamentfritt behandlingsforløp**

Neste tematisering av underkategorien *Systemiske faktorer*, er Helse Bergen sitt prosjekt for medikamentfritt behandlingsforløp. Dette prosjektet kan anses som en markør for et kulturskifte i hvordan staten ønsker å drifte klinikker innen psykisk helse. Prosjektet har gjennom nyansettelser vist seg å tilsynelatende ha innvirkning på dimensjoneringen av musikkterapi ved DPS. Hva mener direktørene om dette? Det er overraskende mange kontraster i hva direktørene uttrykker. Direktør 1 forteller:

*“Vi hadde jo musikkterapeuter før dette prosjektet startet, så vi har ikke fått Helse Vest midler til å ansette på vår institusjon” (Direktør 1).*

Midlene Direktør 1 referere til her er, som påpekt tidligere i oppgaven, de to millioner kronene som Helse Vest subsidierte til DPS årlig i prosjektperioden 2016-19, som beskrevet av Leif Arvid Øvernes, Prosjektleder for medikamentfrie behandlingsforløp (mailutveksling, 22. Januar 2019).

Ettersom utgangspunktet til DPSene var forskjellig i forkant av prosjektet, da noen DPSer alt hadde musikkterapeuter, har det variert hvordan disse midlene har endt opp med å bli brukt. Det kan da virke som om at midlene antageligvis ikke har vært øremerket for å ansette ressurser i de behandlingstjenestene som i prosjektet har blitt utvalgt som ikke-medikamentelle alternativ. Samtidig ser vi gjennom uttalelsene til Direktør 2 at det tilsynelatende er en vurdering som institusjonen gjør selv, da prosjektet åpenbart la til rette for at en ansettelse var mulig på denne institusjonen:

*“Vi ansatte jo [hen] i forbindelse med medikamentfritt forløp..” (Direktør 2).*

Direktørens kontradiktoriske uttalelser bekreftes også gjennom uttalelser fra Direktør 3:

*“...det er ingen av DPSene som får penger fra Helse Vest til å ansette musikkterapeuter.” (Direktør 3).*

Det kan tenkes at det Direktør 3 mener er at de to millioner kronene som DPSene fikk årlig fra Helse Vest i forbindelse med prosjektperioden, ikke utelukkende har blitt brukt for å ansette musikkterapeuter, men heller for å tilrettelegge for at musikkterapi og de andre behandlingstilbudene, med tiden kan bli en del av behandlingstilbudet som DPSen tilbyr.

Vi kan også se at institusjonene har innflytelse på hverandre. Noen av DPSene som har hatt musikkterapi i forkant av prosjekt for medikamentfritt behandlingsforløp har bidratt i avgjørelsene de andre DPSene har tatt i forbindelse med ansettelse av musikkterapeut. Dette ser vi gjennom uttalelser fra Direktør 2:

*“...en av DPSene hadde satset ganske tidlig på musikkterapi og snakket veldig varmt om det. Vi begynte å tenke “ja er det noe?”, men det som satt skikkelig fart på tingene var rett og slett når prosjektet for å løfte psykosebehandlingen vår” (Direktør 2).*

I dette tilfelle var avgjørelsen om å selv ansette en musikkterapeut, en kombinasjon av anbefalinger fra en annen DPS og at prosjektet om medikamentfritt behandlingsforløp ble

igangsatt. Når det gjelder andre informanter, er det ikke helt tydelig hvor motivasjonen for ansettelse kom fra:

*“Den støtten kan jo være grunnen for at [hen] kom hit, det vet ikke jeg. For min del så jobber vi ut fra samme tenkingen uavhengig av medikamentfritt. Hvordan implementere psykoseveiledningen på god måte. Det var jo en slik IMR-gruppe, musikkterapeut... Alt lå i kortene, uavhengig av dette prosjektet” (Direktør 4).*

De forskjellige uttalelsene kaster lys over de ulike implikasjonene som prosjekt for medikamentfritt behandlingsforløp har hatt. Noen av direktørene har i forkant av prosjektet operert med full autonomi, mens noen har vært motivert av andre institusjoner i kombinasjon med prosjektet. En av direktørene mener dessuten at støtten fra Helse Vest har gått til helt andre behov enn ansettelser, mens en annen mener at det er et kulturskifte uavhengig av dette prosjektet, som har motivert til ansettelse av deres musikkterapeut. Så selv om direktørene tilsynelatende er uenig om hvordan prosjekt for medikamentfritt behandlingsforløp har hatt innflytelse på disse avgjørelsene, er de enige i at det har hatt betydning, enten direkte eller indirekte.

### **Kommunalt versus spesialhelsetjenesten**

Det siste punktet for å tematisere denne underkategorien er direktørenes tanker om hvorvidt musikkterapi er en behandlingsform best egnet for problematikken man møter i spesialhelsetjenesten, eller om det passer bedre som en rehabiliterende tjeneste, forbundet med kommunale tilbud.

*“Er dette noe man skal holde på med i spesialisthelsetjenesten eller? «...» Burde det heller være i kommunen?” (Direktør 4)*

Det kan virke som om det er en kontrast i den måten musikkterapi som fagmiljø velger å presentere seg, og hva det er direktørene anser som et effektivt behandlingstilbud på DPS.

*”Kommunen er opptatt av å ha et bredt tilbud som favner mange og som gir*

*sosial tilhørighet, noe å gå til, noe du trives med, som du kan holde på med som er utviklende og spennende og gøy osv. De har mer det perspektivet. Her er det egentlig behandling, sant. Behandling skal føre til en endring. Den endringen skal helst holdes vedlike når du kommer ut” (Direktør 3)*

Direktørens beskrivelse av musikkterapi ser ut til å være preget av det samfunnsmusikkterapeutiske perspektivet, da de beskriver en praksis som har fokus på sosiale og interrelasjonelle aspekter. Til tross for holdningen om at denne formen for musikkterapi ikke nødvendigvis egner seg som behandlingsmetode innen spesialhelsetjenesten, understreker flere av direktøren viktigheten av å ha en samarbeidsordningen mellom spesialhelsetjenesten og kommunen. Dette ser vi blant annet i utdrag fra Direktør 4:

*“Det er også viktig med samarbeidet med kommunen, slik at tilbudet kan virke lenger da. Våre allmennpasienter har kort behandlingstid. Om de skal inn her og få musikkterapi burde de kanskje få tilbudet over lengre tid enn hva vi er vant til. Så dette med overgang til kommunene er sentralt” (Direktør 4).*

Det kan altså virke som om det ikke alltid er en kompatibel relasjon mellom direktørens opplevelse av musikkterapien, og hva direktørene anser som egnet for spesialhelsetjenesten.

Oppsummerende handlet denne underkategorien om hvilke overordnede faktorer, både sentrale og perifere, som har innflytelse på direktørens handlingsrom. Den neste underkategorien, *Institusjonelle faktorer*, vil, som navnet tilsier, omhandle lignende, påvirkende faktorer. Men i motsetning til *systemiske faktorer*, som er styrt av krefter overordnet institusjonen, vil *institusjonelle faktorer* omhandle internstyrt egenskaper som påvirker dimensjoneringen av tjenesten.

#### **4.1.2 Institusjonelle faktorer**

Hvilken faktorer som institusjonene har kontroll over, påvirker dimensjoneringen av musikkterapitjenesten på DPS?



## Budsjett

Budsjett er en faktor som naturligvis er forbundet med statlige rutiner og føringer, da det er på det statlige nivået at slike avgjørelser blir tatt. Hvordan man budsjetterer innen de gitte rammene, er en institusjonell avgjørelse. Så hvilke faktorer avgjør hvordan institusjonene velger å fordele ulike poster over budsjettet? I følge Direktør 1 går mesteparten av budsjettet til lønnet arbeid:

*“Hos oss er jo 95% av budsjettet vårt knyttet opp mot lønn...” (Direktør 1).*

Som det ofte er med statlige og kommunale tjenester, er tilbudets overordnede fokus å møte et samfunnsbehov. Av denne grunn er det sjeldent at DPSene har ressurser til overs som for eksempel kan anvendes til utvikling av nye tjenester. Dette impliserer at innen en budsjetttramme hvor 95% går til lønnsutgifter, har man svært begrenset handlingsrom for nyansettelser.

*“Vi kunne gjerne ha økt opp, men det er klart at det koster og da går det på bekostning av noe annet, men det kan godt være det er behov for det på et eller annet tidspunkt. Det er jo veldig mye styrt av økonomi dette her” (Direktør 5)*

Enkelte av ytringene tyder på at budsjetteringen ikke alltid gjenspeiler det direktørene ønsker å få til. Enkelte uttrykker et tilsynelatende genuint engasjement for musikkterapi, samtidig som man ikke har midler til å ansette flere.

*“Det eneste er at vi så gjerne skulle hatt en til, men så har vi ikke råd” (Direktør 2)*

Dette ser vi også i uttalelser fra Direktør 5:

*“Om jeg hadde alle stillingene på plass, og om vi for eksempel fikk ekstra midler for å ansette noen vi tenkte kunne gjøre en jobb, og vi hadde nok lege- og psykologstillinger, for det må vi ha på plass, så ville jeg kanskje ha vurdert om det var en psykiatrisk sykepleier eller musikkterapeut vi trenger.” (Direktør 5)*

Det kan også tyde på at villigheten til å omrokere på budsjettet, i musikkterapiens favør, har

sammenheng med hvor presist tjenesten kan anvendes. Det berører et tema som vil vise seg gjeldene i samtlige deler av analysen; hvorvidt musikkterapien passer best som et supplement eller en selvstendig behandlingsform. Denne dualiteten som tjenesten preges av kan tenkes å komplisere budsjett-orienterte avgjørelser. Hva bruker institusjonen faktisk penger på når de ansetter en musikkterapeut?

*“Når ressursene blir knappe så blir nåløyet knappere med tanke på hva vi kan tilby til pasienten. Sånne støtteterapitilbud som ikke vi klarer å vise effekten av, de blir fort valgt bort.” (Direktør 3)*

Budsjetteringen av institusjonenes ressurser har en nær forbindelse med mange av de forskjellige aspektene som vil presenteres i dette kapitlet. Et av disse aspektene er hvordan brukerne av musikkterapi omtaler tjenesten. I utgangspunktet har dette en positiv innvirkning på formidlingen av musikkterapien, men i enkelte tilfeller er ikke denne dimensjonen nok til å rettferdiggjøre ressursbruken.

*“De mer kreative behandlingstilbudene er viktige, men de er veldig utsatt. Det handler også om at selv om pasienter og pårørende scorer tjenesten veldig høyt, så er det bare én liten faktor i forhold til den utfordringen vi har med ressursbruken og det som går på hva det er som virker.” (Direktør 4).*

Gjennom disse to første underkategoriene ser vi at institusjonene har en autonomi med hensyn til mange av avgjørelsene som omhandler dimensjonering av tjenestene de tilbyr. Det kan virke som om avgjørelsene i mange tilfeller destilleres ned til å omhandle prioriteringer. Institusjonene har med andre ord ikke nok penger til å dekke alle behov, derav må det foregå en prioritering. I dette neste avsnittet vil jeg belyse dette temaet.

### **Prioritering**

Hvordan institusjonen velger å fordele ressursene de har til rådighet, avhenger for det meste av én faktor; verdi. Med andre ord, hva som er forholdet mellom ressursene som blir anvendt og hva institusjonen får igjen for investeringen, hvor ressursbruken måles opp mot muligheten for å

reducere ventelister, hvor mye midler de kan tilføres gjennom innsatsstyrt finansiering, hvilke pasientpopulasjon man kan tilby behandling, etc. Av de forskjellige profesjonene som arbeider på et DPS synes det å være en verdirangering som driver denne prosessen. Her ser legene ut til å ha høyest prioritert, dernest psykologene, etterfulgt av sykepleiere, sosionomer, miljøterapeuter og så videre. Kulturen for prioritering gjenspeiler institusjonens behov, i det pasienter må behandles og sendes videre, og behandlingsprosessen må stimulere pasientens ulike behov og driften av DPSen må gå rundt. Noen av disse behovene er tilsynelatende umettelige. Dette ser vi blant annet i utdraget fra Direktør 2:

*“Det har å gjøre med at vi aldri har det antallet leger som vi trenger. Og de trenger du for å drifte hele DPSen” (Direktør 2)*

Denne problematikken med at man aldri får dekket behovene, i dette tilfellet for leger, kan også se ut til å reflektere mer generelle trender. I følge Direktør 2 er det i dag konstant mangel på leger

*“Om vi hadde mange av alle og bare skulle valgt en ny, da er det ikke sikkert jeg hadde valgt en lege, men sånn som situasjonen er i dag, med konstant mangel, da kommer de (MT) lenger ned på listen.” (Direktør 2).*

Direktør 5 derimot, tenker annerledes om problematikken rundt mangel på leger. Hen sier:

*“Samtidig er jeg klar over at det aldri er nok behandlere, så på et eller annet tidspunkt må vi ta en avgjørelse, og så handler det om den avgjørelsen er forsvarlig eller ikke.” (Direktør 5)*

Denne ytringen impliserer at antallet leger et DPS har, er delvis opp til administrasjonen å avgjøre, så lenge det kan argumenteres for at valgene som blir tatt er til fordel for driften. Av den grunn kan man innenfor rimelighetens grenser, resonere seg frem til at prioriteringene DPSene gjør er mye styrt av hva det er generell kultur for å gjøre. Direktør 3 poengterer dette ytterligere:

*“Om vi skulle hatt en håndsopprekning i min ledergruppe så tror jeg at musikkterapi*

*hadde kommet langt ned på listen med mindre vi sa at det skal vi ha” (Direktør 3).*

En faktor som også kan vise seg å ha innvirkning på prioriteringen av musikkterapi, har bakgrunn i en problematikk som de aller fleste tilsette musikkterapeuter kjenner til, nemlig det å jobbe alene. Direktør 2 poengterer dette:

*“Men det er nok kanskje litt viktig for vår musikkterapeut at nå er hen alene. Det er jo ikke kjekt å være alene om sin profesjon. Det vil nok si at vi kanskje kommer til å prioritere det fremfor en del andre ting. Det er i hvert fall et godt argument for musikkterapien.” (Direktør 2)*

Hvorvidt musikkterapien blir prioritert kan se ut til å ha en forbindelse med direktørens - og institusjonene ellers, sin iboende tillit til tjenestens effekt. Den neste underkategorien omhandler tilfeller hvor denne iboende tilliten kommer frem gjennom satsning.

### **Satsning**

I gjennomgangen av de presenterte underkategoriene kan det virke som om direktørene er skeptisk til musikkterapi og dens rolle i DPSene. Ved enkelte deler av tjenesten er det kanskje tilfellet, men direktørene har også uttrykt et genuint engasjement for tjenesten. Når Direktør 1, for eksempel, ble spurt om hvilken fremtidig rolle musikkterapi ville ha på DPS sa hen følgende:

*“Så vi har veldig, veldig positive erfaringer med musikkterapi og det er noe vi ønsker å satse mye på videre” (Direktør 1).*

Motivasjonen bak å satse på musikkterapi kommer blant annet av at direktørene ønsker å tilby tjenester som kan møte ulike pasientpopulasjoner. Musikkterapien har i denne sammenheng gjort seg kjent som et godt supplement til annen behandling. Som nevnt tidligere i kapittelet er dette momentet, musikkterapi som supplement, et gjennomgående tema i intervjuene.

*“.. som du sikker har skjönt så er vi veldig positiv til å tenke på andre måter å nå pasientene på. Men som et supplement til den andre behandlingen. Et*

*samarbeid” (Direktør 5).*

Direktør 1 har også uttrykt at de ønsker å ekspandere det generelle tilbudet som DPSen tilbyr.

*“Vi må utstyre verktøykassen vår med verktøy som treffer, om ikke alle, men i hvert fall flere” (Direktør 1)*

Direktør 1 forteller at det de to siste tiårene har skjedd en utvikling i hvilke pasienter som går i behandling. Institusjonen har da særlig sett en økning i unge nysyke. Dette påvirker også hvilke tjenester DPSene ønsker å tilby.

*“Som jeg sa i sted så er det kortere opphold, det er andre behov hos pasientene som kommer til oss” (Direktør 1).*

Denne forandringen i omfang og type pasienter har også med tiden forandret direktørens tanker om hvilke tjenester som det kan være hensiktsmessig å satse på. Dette kan vi blant annet se gjennom Direktør 2 sine uttalelser

*“Jeg trenger ikke å gå lenger enn fem år tilbake før jeg ikke tenkte det, men jeg gjør det nå - om den utviklingen fortsetter tror jeg at vi om fem nye år vil ha enda flere musikkterapeuter” (Direktør 2)*

Til tross for den positive innstillingen som kommer frem i disse sitatene, så er det også enkelte forbehold som kommer til uttrykk. Direktør 3 belyser dette:

*“Og så tenker jeg at per i dag, når jeg nå har fulgt med i alle disse årene og tilrettelagt for musikkterapi her hos oss, så tenker jeg en utfordring med å vurdere videre behov for musikkterapi er knyttet til evidens versus hva som er kjekt å ha.” (Direktør 3).*

Satsningen på musikkterapi er som presentert nært forbundet med forskjellige institusjonelle, kulturelle og systemiske faktorer, hvor enkelte av disse faktorene tilrettelegger for

musikkterapien, mens andre faktorer kan tenkes å begrense tjenestens omfang. Videre vil den siste underkategorien av **Systemiske momenter** bli presentert. Denne underkategorien omhandler de faktorene som, etter mitt skjønn, har den avgjørende beslutningskraften i henhold til dimensjoneringen av musikkterapi på DPS.

### 4.1.3 Avgjørende faktorer

I denne underkategorien har fokuset vært på de institusjonelle og systemiske faktorene som jeg anser som å ha størst påvirkningskraft på dimensjoneringen av musikkterapi på DPS.

#### Kultur

I denne sammenhengen innbefatter kultur de normer, vaner og tradisjoner for hvordan de tilsatte ved institusjonen arbeider, samhandler og forholde seg til arbeidsplassen og hverandre. Det har blitt tydelig gjennom intervjuene at situasjoner preget av kulturforskjeller mellom den nyetablerte musikkterapitjenesten og de allerede eksisterende profesjonene på DPS, ikke nødvendigvis er utenom det vanlige. Jeg vil i dette avsnittet prøve å belyse hvilken kulturelle utfordringer som direktørene har opplevd eller mener er forstyrrende med tanke på implementeringen av en ny tjeneste. I tillegg er det faglige momenter ved musikkterapi som direktørene anser som fordelaktige. Eksempler på dette vil også presenteres.

Et moment som går igjen er fagterminologiske utfordringer mellom leger, psykologer og sykepleiere på den ene siden, og musikkterapeuter på den andre. Direktør 1 belyser denne problematikken gjennom følgende sitat:

*“Leger, sykepleiere og psykologer har jo et språk som er ganske likt. Det er jo kanskje en utfordring for musikkterapeuten som kommer inn” (Direktør 1).*

Direktør 3 trekker frem et interessant moment med den musikkterapeutiske fagkulturen, som man kan skjenne seg igjen i. Hen eksemplifiserer dette faglige fenomenet i et kritisk lys.

*“Man kan ikke bare si at jeg tar alt som kommer, men heller stille spørsmål ved om du tenker at denne pasienten vil ha nytte av min kompetanse. Være med på*

*prioriteringsdiskusjonen. Ikke bare si “å så kjekt. Her er det venteliste og det er bra for da er det et viktig tilbud”, uten å tenke om denne terapiformen er det rette for denne pasienten. Det er dette dilemma vi står i hele tiden. Om ikke musikkterapeuten er med på dette, så er det vanskelig. Man må være med på de viktige faglige diskusjonene. Det er dere som er ekspert på den kompetansen.” (Direktør 3)*

Direktør 4 trekker også frem et eksempel på musikkterapiens behandlingskultur og stiller spørsmål med hvorvidt den kulturen er kompatibel med pasientpopulasjonen på DPS.

*“Den største utfordringen er at pasienten ikke skal være så lenge hos oss. Psykose, FAKT-team, den trenden som har vært de siste årene er korte forløp” (Direktør 4).*

I tillegg trekker Direktør 4 frem en utfordring i møte mellom to faglige kulturer.

*“Polyfon er veldig bra, men det blir veldig mye musikk. Om man kunne hatt musikkterapeuten mer med på det tradisjonelle innen psykiatri. Og om man kunne fått forskning ikke bare i musikkterapi miljøet, men knytte det opp mot mer av disse tunge miljøene...” (Direktør 4).*

Samtidig påpeker Direktør 4 en annen kulturell dimensjon ved pasient- og ansatt-forholdet hvor hen mener musikkterapien har en gunstig påvirkning.

*“Forholdet mellom de ansatte og pasientene er jeg litt opptatt av. Musikken kan bidra til å bygge ned litt den avstanden” (Direktør 4).*

Det mest markante som kom frem var imidlertid musikkterapeutens forhold til behandlergruppen og kulturen dem i mellom. Det kan tilsynelatende være en tidkrevende prosess.

*“ha tålmodighet, vis hva du kan og ikke vær redd for å... folk som har jobbet i mange år er ikke alltid like grei” (Direktør 2).*

Men det er også, i følge enkelte av direktørene, noen ganger ikke så mye som skal til.

*“Det å få noen på plass. Når det er i orden så tror jeg det går litt av seg selv. Da skjønner man at dette er nyttig. Da prioriterer man det kanskje på en annen måte.” (Direktør 5).*

Det er åpenbart en kulturell friksjon i møte mellom to til dels ulike fagmiljøer. Utfordringene er naturlig nok fra begge hold. Men hvilken frihet har institusjonene i valget av sin egen kultur? Neste avsnitt vil omhandle direktørens autonomi.

### **Autonomi**

Hvor fritt spillerom har direktørene? I den første underkategorien, *Systemiske faktorer*, presenterte jeg flere eksempler på direktørens autonomi, da i kontekst av pasient- og behandlingsansvar. Selv om det var noen ulikheter mellom hva direktøren mente om dette, ble det fra flere av dem uttrykt at dette var til dels regulert gjennom loven. I kraft av de eksemplene, og enkelte av eksemplene som nå vil bli presentert, er det tilsynelatende noen kontradiktoriske tanker rundt dette. I følge Direktør 3 står de helt fritt hvordan institusjonene velger å sammensette sitt eget kompetansetilbud.

*“Der er det ingen føringer for flerfaglig kompetansesammensetting” (Direktør 3).*

Dette ble ytret i forbindelse med et spørsmål som omhandlet de statlige føringene for hvilket tilbud et DPS var påkrevd å tilby. Med andre ord er det ingen slike krav, i følge Direktør 3. Hen supplerer denne påstanden med følgende sitat:

*“Nå er det opp til oss å ha den kompetansen som kan gi pasientene det tilbudet de trenger.” (Direktør 3).*

Direktør 5 bekrefter denne påstanden delvis, og legger til hvilke rammer DPSene er forventet å følge.



“Det er jo laget noen rammer, men de er ikke endelig. Det vi skal gjøre er å drive forsvarlig” (Direktør 5).

Gjennom den overordnede kategorien, *Systemiske momenter*, og de medfølgende underkategoriene, *Systemiske faktorer*, *Institusjonelle faktorer* og *Avgjørende faktorer*, har det blitt presentert eksempler på statlige føringer sin påvirkning på dimensjoneringen av musikkterapien på DPS. Vi har også sett eksempler på autonomien til institusjonene og direktørene, i møte med oppgavene og utfordringene som DPSene møter. Eksempelene kan tyde på at institusjonene har relativt fritt spillerom i hva de selv anser som en forsvarlig driftet institusjon. Av denne grunn er det desto viktigere å orientere musikkterapifagmiljøet om hvilke spilleregler institusjonene følger og hvordan det fagmiljøet kan komme dem i møte.

## 4.2 Praktiske momenter

Denne overordnede kategorien vil ta for seg utdrag fra intervjuene som beskriver direktørens tanker og opplevelser forbundet med det praktiske aspektene ved musikkterapien på DPS. Den første underkategorien, *Intervensjonseffekt*, vil tematiseres gjennom kodene *Kompetanse*, *MT* og *allmennpsykiatri*, *Anvendbarhet* og *Dokumenterbar effekt*.

### 4.2.1 Intervensjonseffekt

Denne underkategorien er orientert rundt direktørens opplevelse av- og tanker om behandlingspotensialet- og anvendbarheten til musikkterapi. Med andre ord tjenestens praksisorienterte kvaliteter og begrensinger. Det første temaet jeg vil presentere er kompetanse. Hva tenker direktørene om kompetansen til musikkterapeuter? Hvilken påvirkning har deres opplevelse av denne kompetansen for dimensjoneringen av musikkterapi på DPS?

#### Kompetanse

På DPSene synes det å være et nært forhold mellom en profesjons kompetanse og hvor profesjonen befinner seg i det faglige hierarkiet. Dette kommer for eksempel til uttrykk i det at psykiaterne tilsynelatende har mest faglig kompetanse innen psykiatri, særlig med tanke på at de

har det medisinske ansvaret, og i mange tilfeller også det overordnede behandlingsansvaret. En naturlig slutning å trekke ut fra dette er at faglige kompetanse vil påvirke hvorvidt musikkterapijenesten anses som attraktiv i en prioriteringssituasjon. Dette kan vi se bekreftet gjennom utdrag fra Direktør 3, tidligere anvendt i sammenheng med direktørens autonomi fra presentasjonen av **Systemiske momenter**:

*“Nå er det opp til oss å ha den kompetansen som kan gi pasientene det tilbudet de trenger” (Direktør 3).*

Det er med dette sitatet tydelig at kompetansevurderingen delvis gjøres på et institusjonelt nivå. Det er for øvrig enkelte kulturelle faktorer som avgjør vurderingen av en profesjons kompetanse. Et tema som i intervjuene fikk mye oppmerksomhet var spørsmålet om behandling- og pasientansvar, hvorav direktørene hadde en relativt homogen holdning.

*“Pasientansvarlig skal være en spesialist. «...» Så er det behandlingsansvar. «...» Det tenker jeg kan være uavhengig av yrkesgruppe. Det handler om kompetanse.” (Direktør 3).*

Samtidig som direktørene hadde en tilsynelatende klar mening om hvordan ansvarsfordeling på en DPS skal organiseres, erkjenner de at det organisatoriske systemet som driver disse avgjørelsene ikke nødvendigvis trenger å være så rigid på detaljnivå.

*“Når man er i en spesialisthelsetjeneste så er det noen spesialister, leger og psykologer, som må inn å ta noen av det overordnede ansvaret forbundet med utredning og behandling. Men det er jo ikke noen motsetning til å jobbe selvstendig og det å ha delansvar inn i pasientbehandlingen.” (Direktør 5).*

Det er mulig at noe av utfordringen ved disse og lignende vurderinger har bakgrunn i direktørens begrensede kunnskap om musikkterapeutene sin kompetanse. Dette ble særlig synlig i intervjuet med Direktør 2, da hen svarte på spørsmål om det potensielle ansvarsnivået en

musikkterapeut kunne ha på DPS.

*“Jeg tror det finnes mer der, da dere har en akademisk kompetanse som gjør dere i stand til å vurdere bedre hva man kan og ikke kan gjøre” (Direktør 2).*

Som påpekt virket det gjennom intervjuene som om direktørene alle hadde et homogent syn på hvorvidt en musikkterapeut var kompetent nok til å ha pasientansvar. Samtidig var ikke direktørene like homogene i forhold til hvorvidt en musikkterapeut var kompetent nok til å ha behandlingsansvar. Dette ser vi blant annet i den ene delen av et sitat fra Direktør 5:

*“Men det er jo ikke noen motsetning til å jobbe selvstendig og det å ha delansvar inn i pasientbehandlingen.” (Direktør 5).*

Det var riktignok ikke alle direktørene som fant denne problemstillingen like givende eller nyttig å snakke om. Dette perspektivet kan tenkes å også gjenspeile musikkterapifagmiljøet sin egen dualistiske tilnærming til dette tema.

*“Om en spesialist vurderer at her kan en musikkterapeut jobbe for seg selv, så blir det uansett den spesialistens ansvar. Det beste for musikkterapeutene er nok bare å ikke ha så mye av det ansvaret der.” (Direktør 4).*

Musikkterapi på DPS kan vurderes som å være i en posisjon preget av usikkerhet. På den måte at rollen en musikkterapeut kan, eller bør ha i en behandlingssammenheng, for øyeblikket ikke er helt definert. I alle fall ikke av institusjonene, men kanskje heller ikke av det musikkterapeutiske fagmiljøet. Denne usikkerheten vil kunne ha en selvstendig påvirkning på direktørenes tilnærming til tjenesten, og trolig også på terapeutens opplevelse av sin egen rolle på institusjonen. I kraft av dette vil det kunne oppstå situasjoner hvor man kan bli faglig usikker, og hvor det potensielle bidraget kanskje ikke blir utnyttet til fulle. Direktørene har riktignok et innblikk i dette profesjonaliseringsfenomenet, og har gjennom intervjuene presentert noen motiverende perspektiver som kan være gunstig å være oppmerksom på.

*“... det kan ta litt tid. Stol på de kunnskapene du har og det du selv står for og om folk rundt deg er litt mistenksom eller ikke helt tar deg med, stå på det” (Direktør 2).*

Direktør 5 har også uttrykt seg på lignende måte.

*“Det jeg mener med alle som kommer inn, enten de er nye eller ikke, er å bruke litt tid på å bli kjent med folk, skjønne litt hvordan systemet er med forventinger, men også være tydelig på hva er det jeg kan gjøre.” (Direktør 5).*

Problematikken rundt musikkterapeutens udefinerte kompetanse skaper også grobunn for et nytt potensial, da forbundet med den allmennpsykiatriske pasientpopulasjonen.

### **Musikkterapi og allmennpsykiatri**

Som påpekt innledningsvis i oppgaven er det gjort mye god forskning på hvilken effekt musikkterapeutisk behandling har på personer med psykoselidelser. Forskingen på effekten av musikkterapeutisk behandling av allmennpsykiatriske diagnoser (da hovedsakelig angst- og depresjonslidelser) er ikke preget av de samme, gode resultatene, og heller ikke av like mye forskning. Samtidig er den allmennpsykiatriske akselen langt større enn psykoseakselen innen DPSene. Dette impliserer at musikkterapeutisk forskning på allmennpsykiatriske pasienter vil kunne fremstå som svært attraktiv for denne typen institusjoner.

*“De 7, 8, 9, 10 pasientene som er med å vise hvor stor effekt dette har «musikkterapi», har ikke så stor påvirkning på vi som skal prioritere de 4000 pasientene som kommer her hvert år.” (Direktør 3).*

Direktørene oppfordrer derfor det musikkterapeutiske fagmiljøet til å forske mer på denne pasientpopulasjonen, da dette vil gjøre musikkterapeuter mer attraktive i en ansettelsesprosess.

*“Hadde det vært god evidens, god forskning og gode resultater på at det har den effekten vi tror det har, også for denne gruppen pasienter, ville det nok vært enklere å prioritere.” (Direktør 1).*

Direktør 1 supplerer med følgende statistikk:

*“De store pasientmengdene er jo de med angst- og depresjonslidelser. Vi har ca. 200 psykosepasienter i vår poliklinikk, men på allmenn er det mellom 2000-3000 som går gjennom hvert år. Jeg kunne ønske det var noe mer som traff den store gruppen pasienter.” (Direktør 1).*

Også Direktør 2 presenterer eksempler på institusjonens ønske om å utvide tilbudet til allmennaksen.

*“Vi har jo selv her på huset en veldig etterspørsel fra allmenn om å få ta del i musikkterapi og ha grupper som vi kunne jobbet med.” (Direktør 2).*

Det er gjennom disse uttalelsene tydelig at flere av direktørene ønsker å kunne tilby musikkterapi til de større pasientgruppene. Denne tematikken overføres godt til neste del av underkategorien *Intervensjonseffekt*; hvordan kan musikkterapi anvendes?

### **Anvendbarhet**

I kontekst av anvendbarheten til musikkterapi på DPS, befinner faget seg i en finurlig posisjon. Som påpekt tidligere er musikkterapirollen preget av en viss usikkerhet, da kompetansen ikke ennå er presist definert. Det udefinerte potensialet kan være en styrke, for eksempel i forhold til mulighetene innenfor allmennaksen, eller det kan være en barriere fordi man ikke kan vise til positive behandlingseffekter.

*“... støttetertilbud som ikke vi klarer å vise effekten av, de blir fort valgt bort.” (Direktør 3).*

I forrige del av samme underkategori ble det presentert eksempler på direktørenes engasjement for den potensielle anvendbarheten musikkterapi har i forbindelse med den allmennpsykiatriske aksen. I tillegg til å være interessert i hvilken pasientpopulasjon som kan ha utbytte av

musikkterapi, er direktørene også opptatt av hvilke aspekter ved behandlingen musikkterapi kan bidra til.

*“...det handler om å samle data på for eksempel noen faktorer som går igjen. Andre lidelser enn psykoselidelser. Dette medførte endring hos mange. Noe som gir andre sanseinntrykk. Kanskje et nytt perspektiv på eget liv eller hvordan kognitive funksjoner forandrer seg. Hvordan du forholder deg til eget liv og egne symptomer. Lære å leve med en lidelse resten av livet versus det at du skal bli frisk.” (Direktør 3).*

Dette sitatet kom fram i forbindelse med informantens skepsis til hvilke utgangspunkt som må være tilstede hos pasienten for at musikkterapien skal ha god effekt. I de tilfellene hen har sett musikkterapiens positive påvirkning på pasienter, har det som regel vært en pasient med et godt musikalsk fundament.

Musikkterapiens anvendbarhet handler hovedsakelig om hvor mange av utfordringene et DPS forholder seg til, som kan løses av en musikkterapeut.

*“Hva er det som gjør at du blir bedre fra en depresjon eller negative symptomer fra schizofreni, hvordan kan det påvirke stemmehøring og andre ting. De tingene tror jeg må på plass for at man skal få et sterkere innpass i psykisk helsetjeneste” (Direktør 3).*

Samtidig ser vi også at det handler om hvordan musikkterapi kan anvendes som et verktøy for å forandre DPSenes driftskultur så den bedre gjenspeiler dagens syn på psykisk helse og behandling. Dette poengterer Direktør 5 da hen ble spurt om hvilken fremtid musikkterapi har på DPS:

*“Det er jo noe med å se på pasienter som et helt menneske «...» Det tror jeg er viktig” (Direktør 5).*

Anvendbarheten er naturlig nok forbundet med hva institusjonen kan dokumentere effekten av. I en sammenheng hvor det er dokumentert god effekt av en musikkterapeutisk intervensjoner, vil

det også anvendes igjen. Dette teamet er fokuset i neste del av underkategorien *Intervensjonseffekt*.

### **Dokumenterbar effekt**

*"Jeg har jo selvsagt forventning om at... resultat skal være som forventet, som hva vi tenker. At pasientene ikke bare har en god opplevelse, men også en faktisk behandlingseffekt."* **(Direktør 2).**

Dette sitatet oppsummerer teamet på en representativ måte. Det kan virke som om flere av direktørene har erfaring med musikkterapi på denne måten. Tilbudet blir tilsynelatende satt pris på av brukerne, men kanskje ikke nødvendigvis av de grunnene som direktørene trenger for å avgjøre hvorvidt, og i så tilfelle hvordan, tjenesten skal ekspanderes. Direktør 3 har også uttrykt seg på lignende måte:

*"...en utfordring med å vurdere videre behov for musikkterapi knyttet til evidens versus hva som er kjekt å ha."* **(Direktør 3).**

Også Direktør 4 uttrykker viktigheten av å kunne vise til en dokumenterbar effekt når det kommer til avgjørelser om å utvide tjenesten.

*"Det er sånn vi som jobber ved universitetsklinikkene er. Så det gjelder ikke bare å ha en god idé, men også hvilket belegg har du for den idéen."* **(Direktør 4).**

At dokumenterbar effekt er viktig betyr likevel ikke nødvendigvis at det er en forutsetning for å utvide tjenesten. Direktør 5 mener at effekten som til nå er dokumentert, taler i musikkterapiens favør, og derav burde kunne åpne for en ekspanderingen av tilbudet.

*"Vi må jo forholde oss til hva som fungerer. Jeg tror det er plass til flere innen psykiatrien, og da spesielt innenfor barn og unge."* **(Direktør 5).**

Det har gjennom denne underkategorien blitt presentert eksempler på hvordan musikkterapiens

dokumenterte effekter, og mangel på sådanne, har bidratt til direktørens synspunkter på eventuell ekspansjon av musikkterapi tilbudet ved DPS. Videre vil det bli presentert eksempler på hvordan musikkterapi har en gunstig tilretteleggende funksjon i behandlingsforløpet til pasienter.

#### 4.2.2 Tilretteleggende effekt

Utover effekten på pasientenes symptomer, hvilken andre typer effekter kan musikkterapi ha?

##### Supplement

Direktørene viser til et engasjement når det kommer til musikkterapiens potensial som et supplement til annen behandling.

*“Det er et veldig spennende behandlingstilbud og det er et veldig nyttig supplement til annen behandling” (Direktør 1).*

Også Direktør 2 uttrykker viktigheten av dette:

*“...musikkterapi kan legge til grunn også en videre terapi hos psykolog eller lege.” (Direktør 2).*

Direktør 3 tar dette engasjementet videre gjennom å konkretisere hvordan en slik supplerende rolle kan tilrettelegges for en allianse mellom pasienten og institusjonen.

*“Vi ser jo her hos oss at pasienter som er paranoide for eksempel, de stoler ikke på deg. Kommer ikke hit. Men om du stiller opp for dem når de trenger hjelp, handler med dem, hjelper dem å flytte, kjøpe ny seng. Ting som indikerer at vi er her for å hjelpe - det skaper en relasjon som kan bidra til at jeg kan hjelpe deg mer med hvordan du kan mestre livet ditt. Sånn sett tenker jeg at musikkterapi kan være en viktig faktor” (Direktør 3).*



I tillegg til å skape en god relasjon mellom pasient og institusjon, påpeker Direktør 5 at det også kan bidra direkte til forløpet av behandlingen.

*“Det kan hjelpe til i forhold til å komme videre i behandlingen. Gjerne som et supplement, for jeg tror jo ikke nødvendigvis at det er det ene eller det andre som virker, men ting kan forsterke hverandre” (Direktør 5).*

Når det kommer til musikkterapiens potensial som supplement til annen behandling er direktørene tilsynelatende positivt innstilt. Dette supplerende arbeidet har også en tydelig forbindelse med den tverrfaglige kulturen som preger et DPS, i det behandlingsteamene ofte er satt sammen av ansatte fra forskjellige yrkesgrupper.

### **Tverrfaglighet**

Direktør 5 trekker frem nettopp tverrfagligheten, og én av de potensielle utfordringene forbundet med det, på en illustrerende måte.

*”Så er det den faglige forståelsen. Hvordan fungerer man i systemets tverrfaglige samarbeid?” (Direktør 5).*

Hvilket bidrag bringer musikkterapeuten inn i den tverrfaglige sammenhengen? Og hvordan kan man samhandle med andre fagfolk på en god måte? Et tidligere brukt sitat konkretiserer et av de avgjørende elementene knyttet til tverrfaglig samarbeid.

*“Lege, sykepleier og psykologer har jo et språk som er ganske likt. Det er jo kanskje en utfordring for musikkterapeuten som kommer inn. De har en annen innfallsvinkel. Det fordrer jo at de er god på å kommunisere hvordan de jobber og hva de tenker rundt behandling.” (Direktør 1).*

Under **Systemiske momenter** ble sitatet brukt for å beskrive behandlerkulturen på DPSene. I denne sammenhengen illustrerer det nødvendigheten av å komme denne kulturen i møte, forstå og anvende den, da samarbeid er en essensiell del av å arbeide som behandler på en DPS.

*“Jeg har en forventning til at det er et tett samarbeid mellom de behandlerne som har hovedansvaret for pasienten og musikkterapeuten.” (Direktør 3).*

For å kunne bidra til dette samarbeidet har enkelte av direktørene noen forventninger til musikkterapeutens forkunnskaper om hva de andre profesjonene jobber med og fokuserer på.

*“...man må kunne noe om patologien og symptomatologien...” (Direktør 3).*

Man må også være med i de viktige faglige diskusjonene og vite når ens egen kompetanse ikke er tilstrekkelig.

*“...også må man vite når din kompetanse ikke strekker til og må hente inn annen kompetanse” (Direktør 3).*

Underkategorien *Tilretteleggende effekt* har presentert eksempler på direktørenes holdning til musikkterapi som et tilretteleggende, supplerende støttetilbud, og hvordan det kan forsterke og motivere til annen behandling. Jeg vil nå presentere siste underkategori av **Praktiske momenter**. I denne underkategorien har jeg fokusert på forskning, fagmiljø og formidling.

### **4.2.3 Faglig utvikling**

Denne underkategorien vil presentere eksempler på direktørenes tanker om og holdninger til forskningen som blir gjort på musikkterapi, de musikkterapeutiske fagmiljøene og hvordan musikkterapi kan formidle faget sitt på en attraktiv måte.

#### **Forskning**

Om man anser driftskultur og budsjett som de avgjørende faktorene for å innføre eller ekspandere en tjeneste på DPS, vil forskning være premisset for at den avgjørelsen i det hele tatt skal vurderes. Alle direktørene som tok del i denne studien formidlet tydelig viktigheten av forskning. Følgende sitat er i så måte illustrerende:

*“Jeg kan tenke masse for min egen del, men som direktør trenger jeg den forskningen for å ta beslutninger.” (Direktør 4).*

Et av spørsmålene jeg stilte direktørene var hvilke aspekter ved musikkterapi de mente en direktør burde vite mer om. Direktør 4 sitt svar gjenspeiler ikke bare viktigheten av forskning generelt, men også hva som er det forskningsmessige grunnlaget for musikkterapi.

*“Den forskningen som blir gjort burde jeg vite mer om, heller enn aspekter ved selve musikkterapien.” (Direktør 4).*

Forskningen er også nøkkelen til det foreløpig uutnyttede potensialet innenfor den allmennpsykiatriske aksen, som nevnt tidligere.

*“Igjen ville jeg tenkt litt forskning knyttet opp til de lettere psykiske lidelsene og musikkterapiens effekt på disse.” (Direktør 1).*

Samtidig som forskningen naturlig nok anses som viktig, er også formidlingen av forskningen, og det generelle bidraget til musikkterapien, viktig å få fram. Dette temaet vil være neste del av denne underkategorien.

### **Formidling**

Formidling omhandler direktørenes tanker om hvordan man kan formidle overfor de ansatte hva musikkterapeuter kan bistå med. Dette synes å være som en viktig del av prosessen med å implementere og integrere musikkterapi i DPSene.

*“Jeg har en forventning til at musikkterapeuten selv klarer å formidle viktigheten av at [hen] er her.” (Direktør 2).*

Direktør 2 fortsetter med å beskrive hvordan god formidling ikke bare er til fordel for den ansatte musikkterapeuten, men også for den generelle opplevelsen av faget.

*“Det hjelper hele faget når man får en medarbeider som evner å inspirere og få folk med seg og få sine kollegaer til å tenke at dette her er bra” (Direktør 2).*

Direktør 3 deler også denne holdningen, og nevner formidling som en av de viktigste grepene man kan ta i møte med en arbeidsplass som DPS.

*“Det viktigste er at man må informere de øvrige ansatte om hva musikkterapi egentlig er.”*  
**(Direktør 3).**

Dette vil nok gjelde alle nye profesjoner, men ettersom de fleste profesjonene ved et DPS har vært en del av systemet siden starten, har en musikkterapeut et annet utgangspunkt, og må av den grunn kanskje forholde seg mer aktivt til formidling.

*“Det du må gjøre, kanskje mye mer enn de andre profesjonene, er at du må promotere deg selv” (Direktør 2).*

Som vi kan se gjennom enkelte av disse sitatene, så er det flere av direktørene som poengterer at musikkterapeuten må stå for formidlingen selv. Denne spesifikasjonen har bakgrunn i det neste, og siste teamet.

## **Fagmiljø**

Grunnen til at enkelte av direktørene understreker musikkterapeutens ansvar for å formidle faget, har bakgrunn i en av de mest fremtredende problemstillingene som kom frem i alle intervjuene, nemlig hvordan det er for musikkterapeuten å være alene om faget sitt. Musikkterapeuten må selv stå for formidlingen ettersom de fleste DPSene i Helse Bergen bare har én musikkterapeut. Det er enkelte unntak, men disse uttakene overstiger ikke mer enn to musikkterapeuter, som fremdeles er relativt få i forhold til for eksempel legene og psykologene. Musikkterapien er med andre ord lite synlig på institusjonene.

*“...om du er alene som musikkterapeut på et stort senter så tror jeg at du lett kan forsvinne.” (Direktør 1).*

Dette er et problem ved flere av DPSene.

*“Her i dette bygget jobber det ca. 260 mennesker og det er én musikkterapeut. Hvordan skal [hen] få vist faget sitt. Det er et problem.” (Direktør 3).*

Formidling er ikke den eneste utfordringen for et lite fagmiljø på en stor institusjon. Det kan også ha direkte konsekvenser for pasientene.

*“Vi kan ikke være avhengige av enkeltpersoner. Folk blir syk, er vekke. Da er det viktig at vi har et vedvarende tilbud.” (Direktør 1).*

Direktør 3 poengterer også denne problematikken.

*“...det er viktig for oss å ha kompetanse nok til å gi et tilbud som er forutsigbart. Er du bare én, så mister jo de som bruker tilbudet kontinuiteten om den ene musikkterapeuten blir syk eller er borte” (Direktør 3).*

Direktør 5 tar dette poenget videre, og erkjenner at denne problematikken må møtes fra begge hold; musikkterapifagmiljøet, samt institusjonene.

*“For at du skal tror på at det er bra med musikkterapi som en del av behandlingstilbudet, må du jo være der og du må være med å høre og du må være med å snakke med og skjønne hva det går i.” (Direktør 5).*

Til tross for gjennomgående små fagmiljø, kan det likevel ha gunstig påvirkning på institusjonenes nøkkelpersoner dersom man gjør en god figur og får frem fagets kvaliteter.

*“Det som jeg har lagt merke til med de som vi er her hos oss er at de er erfarne, de*

*kjenner pasientgruppen og det er viktig. Det er sikkert en del av utdanningen også - det å være nær og tilstede på de riktige måtene.” (Direktør 5).*

Små fagmiljø kan se ut til å være et tveeggede sverd. Selv om det skaper utfordringer med tanke på faglig synliggjøring og forutsigbarhet i behandlingstilbudet, kan det virke som om det også motiverer direktørene og ledergruppene til å prioritere tjenesten. Dette ser vi blant annet gjennom svaret Direktør 3 gav til spørsmålet om hvilken positive implikasjoner det er ved å ansette flere musikkterapeuter:

*“Det positive er jo veldig enkelt. Da får musikkterapeuten vår en medarbeider som kan bidra til å skape et faglige miljø.” (Direktør 3).*

Også Direktør 2 formidlet viktigheten av dette:

*“Men det er nok kanskje litt viktig for vår musikkterapeut at det ikke er kjekt å være alene om sin profesjon. Det vil nok si at vi kanskje kommer til å prioritere det fremfor en del andre ting. Det er i hvert fall ett godt argument for musikkterapien.” (Direktør 2).*

Gjennom kategorien **Praktiske momenter** har det blitt presentert eksempler på hvordan direktørene opplever og tenker om de behandlingsorienterte, tilretteleggende aspektene ved tjenesten. Den neste og siste kategorien vil ta for seg den kontradiktoriske dimensjonen som kommer fram i intervjuene.

### 4.3 Kontradiktoriske momenter

I denne kategorien vil det bli presentert eksempler hvor direktørenes uttalelser har en kontradiktorisk relasjon. Det var gjennom intervjuene flere tilfeller hvor noen av direktørene kom med uttalelser som sto i motsetning til uttalelser fra noen av de andre. Jeg vil i denne siste kategorien presenterer noen eksempler på dette.

### 4.3.1 Kontradiksjoner og uenigheter mellom direktørene

Enkelte av de kontradiktoriske uttalelsene kan tenkes å handle mer om misforståelser i transkripsjonen av intervjuene eller i intervjuet selv, heller enn faktiske uenigheter og motstridende oppfatninger mellom direktøren. Likefull kan det være interessant å belyse disse motsetningene. Blant annet hvordan Direktør 1 refererte til den unge, nysyke pasientpopulasjonen med sine korte oppholde, som en av grunnene til at implementeringen av musikkterapi på DPS var viktig.

*“Som jeg sa i sted så er det kortere opphold, det er andre behov hos pasientene som kommer til oss.” (Direktør 1).*

Samtidig, i intervjuet med Direktør 4, brukte hen det samme eksempelet, unge nysyke med korte opphold, som en av grunnene til at musikkterapeutisk behandling kunne vise seg å være utfordrende å bedrive effektivt, da denne behandlingen ofte har et lengre tidsperspektiv enn den gjennomsnittlige innleggelsestiden til pasientene.

*“Den største utfordringen er at pasienten ikke skal være så lenge hos oss. Psykose, FAKT-team, den trenden som har vært de siste årene er korte forløp.” (Direktør 4).*

Det var også noen uenigheter om hvordan tilskuddene fra Helse Vest som Helse Bergen mottok i prosjektperioden fra 2016-2019, ble fordelt. Direktør 3 var tydelig på at disse pengene ikke hadde gått til ansettelse av musikkterapeuter.

*“det er ingen av DPSene som får penger fra Helse Vest til å ansette musikkterapeuter” (Direktør 3).*

Samtidig står det i strategivedtakene fra Helse Bergen at de to millioner kronene DPSene har fått årlig skal brukes til å tilrettelegge for grunnbehandlingen av de seks medikamentfrie behandlingsalternativene, som beskrevet av Leif Arvid Øvernes, prosjektleder (mailto:veksling@helsebergen.no, 22. Januar 2019). Direktør 2 forteller også at deres musikkterapeut ble ansatt i forbindelse med dette prosjektet.

*“Vi ansatte jo [hen] i forbindelse med medikamentfritt forløp og et økt fokus på psykosebehandling” (Direktør 2).*

I tillegg virker det som om ikke alle direktørene er like oppdatert på dette prosjektet, da noen av dem visste mindre enn andre.

*“Den støtten kan jo være grunnen for at [hen] kom hit, det vet ikke jeg.” (Direktør 4).*

Direktør 4 hadde heller ikke hørt om tilskuddene fra Helse Vest.

*“Den støtten vet jeg ikke hvor er. Det er ikke sånn at her er fem millioner du får for å implementere medikamentfritt forløp. De er ikke øremerket for det.” (Direktør 4).*

Et mindre relevant siste poeng, men som kanskje kan bidra til å kaste lys på DPSene sin driftskultur, handler om hvorvidt musikkterapeuter er helsepersonell eller ikke. Direktør 4 mener de er det.

*“Om du jobber i spesialisthelsetjeneste er du per definisjon helsepersonell.”*

**(Direktør 4).**

Mens Direktør 3 ikke er enig i den påstanden.

*“Dere er jo ikke helsepersonell så dere er ikke pålagt helsepersonelloven...”*

**(Direktør 3).**

Oppsummerende har vi i dette kapittelet sett eksempler på hvordan ulike faktorer - noen styrt av statlige føringer, noen av institusjonelle føringer og driftskultur, og i noen tilfeller kontrollert av de ulike fagmiljøene - har påvirket dimensjoneringen av musikkterapitilbudet ved DPS. I første kategori, **Systemiske momenter**, tok vi for oss eksempler på hvordan krefter overordnet institusjonene og institusjonene selv, påvirker driften av institusjonene. I andre kategori,



*Praktiske momenter*, tok vi for oss eksempler på direktørenes tanker og holdninger til musikkterapitjenesten som behandlingsform, og hvordan dette påvirket dimensjoneringen av tjenesten. I siste kategori, *Kontradiktoriske momenter*, har vi sett eksempler på hvordan direktørene ikke alltid er enig, og i noen tilfeller motsier hverandre. Jeg vil diskutere relevansen av disse kontradiksjonene mer inngående i Diskusjonskapittelet.

## **5.0 Diskusjon**

I denne studien har jeg forsøkt å kartlegge og kontekstualisere tankene og opplevelsene som direktørene for Helse Bergen sine DPSer har når det gjelder musikkterapitjenesten ved DPS. Jeg vil nå oppsummere analysens tre kategorier, og presentere de momentene som jeg mener tilbyr den mest interessante vinklingen til oppgavens overordene tema.

### **5.1 Systemiske momenter - Direktørenes innflytelse på dimensjonering**

Oppsummerende omhandlet kategorien *Systemiske momenter* de statlige, kommunale og kulturelle føringene som påvirker organiseringen av et DPS. Et viktig premiss for denne studien var antakelsen om at direktørenes holdning til og opplevelse av musikkterapitjenesten ved DPS, har betydelig innflytelse på dimensjoneringen av denne tjenesten. Med dimensjonering mener jeg antallet musikkterapeuter, antallet avdelinger musikkterapeutene jobber på, størrelse på budsjettet til musikkterapeutene, og omfanget av og kvaliteten på musikkterapeutiske fasiliteter (instrumenter, øvingsrom, innspillingsmuligheter, etc.). At så er tilfelle ble tydelig gjennom direktørenes uttalelser, riktignok med forbehold om enkelte føringer direktørene må forholde seg til. For selv om de ikke har et ubegrenset spillerom, har de likevel en betydningsfull innvirkning på administrative og økonomiske beslutninger.

#### **5.1.1 Påvirkende faktorer for direktørenes beslutningskraft**

Det synes så å være tre faktorer som påvirker direktørenes beslutningskraft. Med påvirkning mener jeg faktorer som både kan begrense, men også tilrettelegge for direktørenes eventuelle beslutninger. Disse faktorene har til dels uavhengige implikasjoner, men også innvirkning på hverandre.

##### **Budsjett**

Den første faktoren, og den som tilsynelatende er mest uavhengig av direktørene, er budsjettansvaret. DPSene har et gitt budsjett som varierer lite fra det ene året til det andre, hvor ca. 90% av de statlige overføringene går til lønnsutgifter. Eventuelle variasjoner kan skyldes prosjekter

(som for eksempel prosjekt for medikamentfritt forløp), statlige eller kommunale bestillinger, etc. Det vil likevel være begrenset med økonomiske midler til ansettelser av nye musikkterapeuter. Direktørens økonomiske spillerom er derfor begrenset. Samtidig har de stor beslutningsmyndighet innenfor de gitte budsjetttrammene. De har derfor mulighet til å prioritere en økt satsing på musikkterapi, dersom de ser at det er hensiktsmessig. .

### **Ledergruppen**

Den neste faktoren som påvirker direktørens beslutningskraft er ledergruppen. Denne gruppen består av forskjellige sentrale personer, blant annet divisjonsdirektøren som rapporterer til administrerende direktør ved Helseforetaket. Ledergruppen er ansvarlig for alle avgjørelsene som DPS-direktørene tar, og er opptatt av at disse avgjørelsene samstemmer med forsvarlig drift av institusjonene. Direktørene er med andre ord avhengig å få godkjenning av ledergruppen for å kunne gjøre vesentlige endringer i personalgruppen eller i behandlingstilbudet.

### **Driftskultur**

Den siste påvirkende faktoren for direktørens beslutningskraft er det som i intervjuene har blitt beskrevet som driftskultur. Denne faktoren er mer abstrakt og effekten av den mindre transparent, enn de to foregående, men bidrar likefullt til å legge føringer for hva som anses å være fornuftige, forsvarlige administrative og økonomiske avgjørelser. Om den generelle driftskulturen ved DPSene ikke samstemmer med kjerneverdiene som kan sies å definere musikkterapi, vil dette kunne komplisere eventuelle ønsker direktørene skulle hatt om å ekspandere tjenesten. Like så fullt kan driftskulturen tenkes å virke i musikkterapiens favør, noe som tilsynelatende var tilfellet for Direktør 2, da deres musikkterapeut-ansettelse var delvis inspirert av en musikkterapeut-ansettelse på et annet DPS. Som påpekt tidligere i oppgaven har psykiskiatrien lenge vært preget av et patologi-orientert helsesyn med tilhørende behandlingstilnærming. Samtidig har det også skjedd en endring i retning av et mer recovery-orientert og brukerstyrt fokus, som åpner opp for satsing på medikamentfrie behandlingstilbud, hvorav musikkterapi er et tilbud som i økende grad anerkjennes og etterspørres.

### 5.1.2 Implikasjoner av direktørenes innflytelse

Det har gjennom denne studien blitt bekreftet at direktørene har betydelig innflytelse på dimensjonering. Selv om budsjett, ledergruppe og driftskultur er med å påvirke direktørenes valgmuligheter, vil valgbeslutningen avgjøres av direktørene. På den måte kan direktørenes tilbakemeldinger om tjenesten nesten anses som en bruksanvisning for hvordan man kan ekspandere omfanget av musikkterapitjenesten ved DPS. Det mest interessante momentet rundt dette temaet er derfor ikke hvorvidt direktørene har innflytelse på dimensjoneringen, men heller hvordan det musikkterapeutiske fagmiljøet kan komme direktørene i møte uten at det går på bekostning av fagets identitet.

En problemstilling som her gjør seg gjeldende er utfordringen ved å definere denne identiteten. Fagets utvikling kan anses å være i en fase der ulike interesser og verdier drar faget i forskjellige retninger. Noen retninger er betydelig ulike med hensyn til faglig orientering, for eksempel psykodynamisk musikkterapi og samfunnsmusikkterapi, mens andre retninger har mange likheter, som reseptiv musikkterapi og musikkcentrert musikkterapi. De ulike fagmiljøene er likevel mer eller mindre enige om noen kjerneverdier som er felles for all form for musikkterapi, og så lenge man prøver å ivareta disse kjerneverdiene, vil trolig fagets identitet ivaretas.

Et av de viktigste ansvarsområdene det musikkterapeutiske fagmiljøet har, er å fremme et fokus og et engasjement som kan bidra til å skape nye arbeidsplasser for musikkterapeuter. Jeg anser musikkterapi innen psykisk helsevern som å stå i en særklasse, da bidraget og effekten ikke bare er veldokumentert, men også tilsynelatende velkomment av feltets mer etablerte profesjoner. Ut i fra hva som har kommet fram gjennom denne studien tror jeg det er viktig for det musikkterapeutiske fagmiljøet å ta direktørenes tilbakemeldingen til etterretning, da det er grunn til å tro at dette vil kunne bidra til å gi faget en tydeligere og mer avklart rolle i psykisk helsevern.

## 5.2 Praktiske momenter - Generell eller spesifisert kompetanse?

Kategorien *Praktiske momenter* presenterte eksempler på direktørenes uttalelser som omhandlet musikkterapitjenestens praktiske funksjon på DPS. De momentene som i den sammenheng kom fram er knyttet til en mer fundamental problemstilling som musikkterapifaget står ovenfor: hvorvidt musikkterapeuter skal ha generell kompetanse til å behandle pasienter med psykiske lidelser, eller om de skal være spesialister som kun tilbyr musikkterapi.

For å kunne føre en mest mulig nyansert diskusjon rundt denne problemstillingen, anser jeg det som hensiktsmessig å først beskrive hvordan musikkterapeutene på DPS arbeider. Samtidig, siden jeg i forbindelse med denne studien ikke har vært i direkte kontakt med musikkterapeutene som jobber ved de forskjellige DPSene, kan jeg ikke beskrive nøyaktig hvordan de jobber. Ved å kombinere mine erfaringer i møte med musikkterapeuter innenfor psykisk helsevern som jeg har truffet gjennom masterstudiet, og direktørens tanker om og opplevelser av musikkterapitjenesten ved DPS, kan jeg imidlertid gjøre meg noen antagelser.

Den musikkterapien direktørene beskriver, synes å ha preg av samfunnsmusikkterapi. De beskriver en musikkterapeut som jobber med pasientens økologiske overganger, for eksempel fra en avdeling til en annen, fra innleggelse til poliklinisk behandling, eller fra innleggelse til utskrivelse. I tillegg beskriver de en musikkterapeut som jobber med å kanalisere pasientenes ressurser på en helsefremmende måte, noe man gjerne forbinder med en ressursorientert form for musikkterapi. Ellers er også den generelle behandlingskulturen ved enkelte av DPSene tydelig inspirert av recovery-perspektivet, noe som kan tenkes å gjenspeile utførelsen av DPSenes forskjellige behandlingstilbud.

Like fullt synes fokuset til musikkterapeutene i overveiende grad å være rettet mot pasientpopulasjonen med en sykdomstilstand preget av psykose. Samtidig har musikkterapeutene et bredt repertoar av metoder og tilnærminger overfor pasientene. De har altså en generell kompetanseutførelse, men et spesifisert kompetanseområde.

Noe som gjennom studieløpet har blitt mye diskutert og som kan tenkes å innbefatte spørsmålet om musikkterapeutenes kompetanse, omhandler de forskjellige rollene en musikkterapeut har i praksis. Altså hvorvidt musikkterapeuten primært har en rolle som musiker eller som en terapeut, eller en kombinasjon av disse to. Noen ganger kan kanskje også musikkterapiprosessen bli så intim at terapeutens rolle vel så mye får preg av å være venn eller bandkollega enn en behandler (Tuastad, 2014). Uansett hvordan rollen utformes, kan det tenkes at den ikke alltid reflekterer et veldig klart og bevisst faglig ståsted, men kanskje like mye den enkelte musikkterapeuts personlige preferanser. Kanskje kan det også reflektere manglende terapeutisk kompetanse, eller at man ikke føler seg tilstrekkelig trygg eller komfortabel i klinisk-terapeutiske settinger. I så fall kan dette være med å forklare noe av ambivalensen til musikkterapi som direktøren gir uttrykk for. De vet rett og slett ikke helt hva musikkterapeutene kan bidra med, og musikkterapeutene evner kanskje ikke helt å formidle hva de kan, og hvordan

de kan bidra til det samlede behandlingstilbudet.

I den grad musikkterapi-utdanningen ikke i tilstrekkelig grad tilrettelegger for at studentene kan utvikle gode kliniske ferdigheter, er det naturlig at studenten vil føle seg mer trygge i en musiker-rolle enn i en terapeut-rolle. Samtidig kan det naturligvis være gode faglige grunner til å fokusere primært på det rent musikalske i pasientarbeidet. Det er tross alt dette som er musikkterapeutens mest distinkte kompetanse. Problemet oppstår dersom denne tilnærmingen først og fremst har bakgrunn i manglende klinisk kompetanse eller terapeutisk trygghet, heller enn i hva som er best for pasienten.

Det er kanskje kontraproduktivt å avgrense musikkterapiens behandlingsmessige styrke til én enkeltstående kvalitet, men forskning tilser at pasienter som har mottatt musikkterapeutisk behandling særlig har vist seg å være mer emosjonelt tilgjengelig (Silverman, 2018). Om denne kvaliteten med tjenesten kan generaliseres til ulike pasientpopulasjoner kan det tenkes at musikkterapeutene sitter på nøkkelen til en dimensjon som kan være viktig i all pasientbehandling innen psykisk helsevern. I så fall vil det i enda større grad aktualisere spørsmålet om musikkterapeutens kompetanseområde. Skal det være musikkterapeutens spesialiserte oppgave å prøve å åpne opp tilgangen til pasientenes følelser og derigjennom gjøre dem mer tilgjengelig for psykoterapi som primært andre profesjoner tilbyr, eller bør kanskje heller musikkterapeuten bevege seg mer inn på psykoterapifeltet? Dette utgjør på et vis et veiskillet som musikkterapifaget står ovenfor i psykisk helsevern. Om vi forutsetter at musikkterapeuten skal ha kompetanse til både å komme i kontakt med nye emosjonelle sider ved pasienten, og selv kunne håndtere og jobbe med dette nye materialet, hvordan vil det da påvirke profesjonaliseringen til musikkterapi?

Dette kan tenkes å være et eksempel på hvordan musikkterapi-tjenesten på DPS vil kunne utvikle seg til å få en mer tydelig kompetanse: Overfor pasienter hvor man vurderer at det vil være terapeutisk nyttig å komme bedre i kontakt med pasientens følelsesliv, vil musikkterapeuten kunne bli anvendt. Og kanskje også om man trenger å analysere- og bearbeide det som her blir avdekket. I så fall kan man tenke seg at musikkterapien ikke bare blir oppfattet som en støttefunksjon, men at musikkterapeuten kan ha et selvstendig behandlingsansvar for «sine» pasienter. Kanskje kan det også tenkes at musikkterapeutene etterhvert deler denne kompetansen mellom seg hvor en type musikkterapeuter spesialiserer seg på å komme i kontakt med pasientens indre følelsesliv, mens en annen type musikkterapeuter spesialiserer seg på å håndtere det som

eventuelt avdekkes i denne prosessen.

Dette er bare ett mulig utfall av en tydeligere rolle og bedre avklaring av musikkterapeutens funksjon og ansvar inne DPS, men det er et scenarioet som er nært virkeligheten for mange andre profesjoner i deres profesjonaliseringsprosess. Arkitekter, for eksempel, hadde i tusenvis av år ansvaret for alle aspekter ved et bygningsprosjekt og hadde overblikk over tømmerne, murerne og de andre involverte sitt arbeid (Abbott, 1988). I starten av forrige århundre skjedde det en forandring i kompleksiteten og mangfoldet av bygninger som ble reist. Dette førte etter hvert til behovet for flerfaglig kompetanse i forbindelse med oppføring av nye bygg. På denne tiden ble blant annet fagforeninger for ingeniører stiftet, som med tiden fikk ansvar for deler av byggeprosessen som omhandlet materialer og bygg-tekniske løsninger (Abbott, 1988). I dag har arkitektene ansvar for bygningens designmessige og estetiske uttrykk, mens ingeniører har ansvar for bærekonstruksjoner, tekniske installasjoner, etc., mens andre oppgaver kan ivaretas av både arkitekter og ingeniører, for eksempel prosjektledelse.

Hvorvidt musikkterapeutene bør ha spesialisert eller generell kompetanse er et spørsmål hvor svaret delvis henger sammen med etterspørselen. I møte med et bygningsprosjekt, førte kulturell- og teknologisk innovasjon til nødvendigheten for at arkitekter delte ansvaret med ulike fagpersoner. På samme måte ser vi også hvordan en rikere forståelse av psykisk helse har ført til behovet for flerfaglig kompetanse i møte med psykisk helseproblematikk. Markedet definerer behovet, og behovet former profesjonen. Det er u hensiktsmessig å ekspandere en tjeneste som ingen vil ha, på samme måte som det heller ikke er bra å underdimensjonere en tjeneste som er høyt etterspurt og som faktisk kan øke kvaliteten på det behandlingstilbudet pasienter kan få.

Musikkterapi ble etablert i Norge allerede på 1970-tallet, men det skulle ta om lag 30 år før tilbudet vant innpass innen psykisk helsevern. Denne åpningen skyldes kanskje mest av alt de kulturelle forandringene hvor vi som samfunn i større grad enn tidligere forholder oss til psykisk helse ut fra et salutogenetisk og recovery-basert perspektiv, parallelt med den mer tradisjonelle medisinske sykdomstilnærmingen. Hvorvidt denne kulturelle forandringen er uttrykk for en forbigående trend, eller om det er skapt varige endringer i synet på psykisk helse og hvordan man kan behandle pasienter med psykiske lidelser, vil trolig gjenspeile behovet for musikkterapiens videre utvikling.

### 5.3 Kontradiktoriske momenter - Ulikheter hos direktørene

I kategorien *Kontradiktoriske momenter* ble det presentert eksempler på uttalelser fra direktørene som viste til uenigheter mellom dem. Uenighetene omhandlet hovedsakelig tre forskjellige temaer: hvorvidt musikkterapeuter er helsepersonell; om subsidiene Helse Bergen mottok i forbindelse med prosjekt for medikamentfritt behandlingsforløp ble anvendt i ansettelse av musikkterapeuter; hvorvidt et musikkterapeutisk behandlingsforløp var kompatibelt med korte innleggelses.

Disse uenighetene reflekterer et viktig moment knyttet til medikamentfritt behandlingsforløp og hvorvidt forholdet mellom det musikkterapeutiske behandlingsforløpet, og korte innleggelses er kompatibelt. Direktørene synes også å ha ulike oppfatning av om musikkterapeuter er å regne som helsepersonell. Rent formelt er de ikke det, men i en mer uformell betydning av begrepet, kan man argumentere for at alle behandlingsprofesjoner som jobber innenfor psykisk helsevern, er helsearbeidere. Det er kanskje i denne betydningen Direktør 4 brukte betegnelsen helsepersonell om musikkterapeuter.

Direktørene har også ulike oppfatninger av hvilke pasientgrupper som egner seg for musikkterapi. Direktør 1 mener at pasienter med korte behandlingsforløp vil få godt utbytte av musikkterapien, men Direktør 4 mener det motsatte. At direktørene er uenig om dette vil også kunne ha betydning for hvilke grupper som tilbys musikkterapi, og dermed også for hvordan behovet for dette tilbudet blir vurdert.

### 5.4 Oppsummering av direktørenes tanker og opplevelser

Gjennom analysen ble det tydelig at direktørene hadde et sammensatt inntrykk av musikkterapitjenesten ved DPS. Alle direktørene uttrykte et engasjement for tjenestens potensiale og hadde tilsynelatende mange gode erfaringer med å tilby musikkterapi. Samtidig kan det synes som om deres oppfatninger bar preg av en viss ubestemmelighet. Flere av direktørene uttrykte et ønske om å se musikkterapi anvendt i en allmennpsykiatrisk sammenheng, men formidlet samtidig at de savnet et forskningsmessig grunnlag for å kunne legitimere en ekspansjon. Musikkterapiens noe uavklarte funksjon bidro trolig også til å komplisere slike vurderinger og avgjørelser. På en institusjon som et DPS hvor det er flere profesjoner som jobber tett sammen, kan det by på utfordringer når en av profesjonene ikke har en klart definert rolle og tydelige funksjoner slik ledelsen oppfatter dette tilbudet. Det å ansette musikkterapeuter vil derfor kunne oppfattes som en mer usikker investering, enn å ansette nye psykologer eller leger eller andre mer



etablerte profesjoner innen psykisk helsevern.

Det som mest av alt kan motvirke denne usikkerheten, er at det foreligger god forskning som dokumenterer musikkterapiens effekt, og at den enkelte musikkterapeut klarer å formidle sin kompetanse overfor de andre yrkesgruppene, og ellers gjøre en god faglig innsats. Betydningen av effektforskning er blitt særlig tydelig de siste årene gjennom musikkterapiens innpass innen psykoseaksen og mer generelt gjennom Helsedirektoratets retningslinjer for psykose, hvor musikkterapi er sterkt anbefalt (Helsedirektoratet, 2013). Selv om dette er en viktig seier for musikkterapi som fag, er det for fagets videre profesjonaliseringsprosess viktig å få innpass også innenfor den allmennpsykiatriske aksen som omfatter en mye større andel av pasientene som behandles innenfor DPS.

## 5.5 Et kritisk blikk på musikkterapifagets videre utvikling

En mer generell betraktning kan knyttes til selve musikkterapikulturen, som kanskje kan ha preg av en viss faglig patriotisme. Gjennom dyptgående og til tider utflytende faglig filosofering, føler jeg at musikkterapimiljøet jeg har kjennskap til mister fokus på pasienten gjennom det jeg kaller ”musikkterapi for musikkterapeuter”. Et tilsvarende uttrykk har man innen *standup*-bransjen hvor man gjerne snakker om ”*comics comic*” hvor materialet komikeren presenterer er bedre egnet for andre komikere enn for det generelle publikum. På samme måte føler jeg at musikkterapimiljøet i Bergen, eller kanskje i større grad musikkterapikulturen på studiet i Bergen, kan gå så langt i å beskrive sin egen funksjon at ferdighetene nærmest bare kan verdsettes av de som har studert musikkterapi. Da majoriteten av pasientene vi jobber med ikke har en musikkterapiutdanning, er det vanskelig å destillere den faglige forståelsen inn i en praktisk sammenheng.

Opplevelsen av denne problemstillingen er naturligvis svært subjektiv, men effekten av den er kanskje mer allmenn, da det ikke bare er pasienter som skal forholde seg til musikkterapeuter. Også institusjonene og de øvrige profesjonene, og det generelle helsesystemet trenger å forstå og føle kjennskap til det musikkterapeutene bedriver. Gjennom det musikkterapeutiske fagmiljøets bestrebelser på å gjøre sitt eget bidrag synlig, ettertraktet og relevant, tror jeg fagmiljøet står i fare for å fremmedgjøre seg selv. I så fall er det også en fare for at det musikkterapeutiske fagmiljøet undergraver sine muligheter i helsevesenet med en stadig mer utflytende utforskning av sin egen funksjon. Den musikkterapeutiske profesjonaliseringsprosessen innenfor psykisk helsevern er avhengig av å komme de etablerte profesjonene i møte. Om dersom det musikkterapeutiske bidraget er for preget av motstridende holdninger i forhold til den etablerte behandlingkulturen, vil det kunne begrense fagets utvikling. Dette har blitt tydelig gjennom intervjuene.

## 6.0 Konklusjon

I denne studien har jeg undersøkt tankene og opplevelsene direktørene for distriktpsykiatriske sentre i Bergen har av musikkterapitjenesten på disse institusjonene.

Gjennom et semistrukturert, kvalitativt faktaintervju har det kommet fram at direktørene har et blandet inntrykk av tjenesten. Samtidig som direktørene viser et genuint engasjement for tjenestens bidrag, og dens framtidige rolle på DPS, har de enda ikke opplevd den faglige og forskningsbaserte overbevisningen som de er avhengig av for å ekspandere tjenestens dimensjonering.

Studiens bidrag har vært gjennom å bekrefte viktigheten av direktørenes holdning til og opplevelse av musikkterapi, da deres innflytelse på tjenestens dimensjonering er svært betydelig. Videre vil denne informasjonen også nå ligge tilgjengelig til de aktørene som skulle finne det hensiktsmessig å gjøre det nødvendige imøtekommende arbeidet som direktørene har påpekt. I tillegg kan det tenkes at studien, gjennom å involvere direktørene for DPSene i Bergen, har bidratt til å oppdatert kontaktflaten mellom Bergens psykiske helsevern og det bergenske musikkterapi miljøet.

Det denne studien ikke har gjort, men som hadde vært et interessant tema for videre forskning, er å undersøke musikkterapeutene på DPSene sin opplevelse av sitt eget bidrag, hvordan det er å representere en ny tjeneste på DPS, utfordringene med å være alene om sitt fag og hvordan samarbeidet mellom dem og de andre profesjonene fungerer / eventuelt ikke fungerer.

## Referanseliste

Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J. C. F., Vink, A. C., Maratos, A., Crawford, M., Chen, X., & Gold, C. (2017). Music therapy for depression. *Cochrane Library* [Internett] DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517.pub3> [Lest 5. November 2019]

Abbott, A. (1988). *The Systems of Professions. An Assay on the Division of Expert Labor*. Chicago & London: The University of Chicago Press.

Akershus Universitetssykehus (2018) *Medisinfri Behandling* [Internett]. Hentet fra: <https://www.ahus.no/behandlinger/medisinfri-behandling> [Lest 30. April 2019].

Albornoz, Y. (2010). The Effects of Group Improvisational Music Therapy on Depression in Adolescents and Adults with Substance Abuse: A Randomized Controlled Trial. *Nordic Journal of Music Therapy* [Internett], 20, (3). s. 208-224. DOI: <https://doi.org/10.1080/08098131.2010.522717> [Lest 26. Februar 2019]

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM-4*. USA: American Psychiatric Association Publishing

Anthony, W. A. (1993). Recovery form mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.

Antonovsky A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco; London: Jossey-Bass.

Baldick, C. (1996). *The Concise Oxford Dictionary of Literary Terms*. Oxford: Oxford

University Press

Becker, C M., Glascoff, M A., & Felts, W M. (2009). Salutogenesis 30 Years Later: Where do we go from here? *International Electronic Journal of Health Education* [Internett], 13. s. 25-35. Hentet fra: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ895721.pdf> [Lest 21. Januar 2019].

Bergensklinikkene (2016) *Drop out* [Internett]. Hentet fra: <https://bergensklinikkene.com/forskning/drop-out/> [Lest 10. Mai 2019].

Bhaskar, R. (2008). *A Realist Theory of Science*. Abingdon, Oxon: Routledge

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Bruscia, K. (1998) *Defining music therapy*. Dallas: Barcelona Publishers.

Castelino, A., Fisher, M., Hoskyns, S., Zeng, I., & Waite, A. (2013). The Effect of Group Music Therapy on Anxiety, Depression and Quality of Life in Older Adults with Psychiatric Disorders. *Sage Journals* [Internett], 21, (5). s. 506-507. DOI: <https://doi.org/10.1177/1039856213492355> [Lest 27. Februar 2019].

Castillo-Pérez, S., Gómez-Pérez, V., Velasco, M. C., Pérez-Campos, E., & Mayoral, M. (2010). Effects of Music Therapy on Depression Compared with Psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy* [Internett], 37, (5). s. 387-390. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2010.07.001> [Lest 4. Mars 2019].

Davidson, L., & McGlashen, T. H. (1997). The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* [Internett]. 42, (1). s. 34-43. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9040921> [Lest 28. Januar 2019]

- Davidson, L., Harding, C. M., & Spaniol, L. (2005). *Recovery from severe mental illness: Research evidence and implications for practice*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation of Boston University.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1999). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications
- Fescue, K. (2016). *The 25 Most Influential Psychological Experiments in History*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.onlinepsychologydegree.info/influential-psychological-experiments/> [Lest 27. April 2019].
- Gold, C., Solli, H P., Krüger, V., & Lie, S A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* [Internett], 29, (3). s. 193-207. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.001> [Lest 18. Januar 2019].
- Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Heldal, T. O., Tjemsland, L., Aarre, T., Aarø, L. E., Rittmannsberger, H., Stige, B., Assmus, J., & Rolvsjord, R. (2013). Individual music therapy for mental health care clients with low therapy motivation: multicentre randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* [Internett], 82, (5), s. 319-331. DOI: <https://doi.org/10.1159/000348452>. [Lest 8. Februar 2019].
- Grocke, D & Wigram, T. (2007). *Receptive Methodes in Music Therapy: Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Hannibal, N., Pedersen, I. N., Hestbæk, T., Sørensen, T. E., & Munk-Jørgensen, P. (2012). Schizophrenia and Personality Disorder Patients' Adherence to Music Therapy. *Nordic Journal of Psychiatry* [Internett], 66, (6). s. 376-379. DOI:

<https://doi.org/10.3109/08039488.2012.655775> [Lest. 25. Februar 2019]

Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987). The Vermont Longitudinal Study of Persons with Severe Mental Illness, II: Long-Term Outcome of Subjects Who Retrospectively Met DSM-III Criteria for Schizophrenia. *AM J Psychiatry* [Internett], 144, (6). s. 727-735. Lest 28. Januar 2019. Hentet fra: <http://psychrights.org/research/digest/chronicity/vermont2.pdf>

Hayashi, N., Tanabe, Y., Nakagawa, S., Noguchi, M., Iwata, C., Koubuchi, Y., Watanabe, M., Okui, M., Takagi, K., Sugita, K., Horiuchi, K., Sasaki, A., & Koike, I. (2002). Effects of group musical therapy on inpatients with chronic psychoses: a controlled study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* [Internett], 56, (2), s. 187-193. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2002.00953.x>. [Lest 8. Februar 2019].

Helsedirektoratet. (2012). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/2-definisjoner-metode/2.1-definisjoner> [Lest 18. Mars 2019].

Helsedirektoratet. (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser> [Lest 18. Mars 2019].

Helsedirektoratet. (2016). Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet> [Lest 18. Mars 2019].

Helsedirektoratet. (2016). Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler>

[Lest 18. Mars 2019].

Helsedirektoratet. (2016). Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge uavhengig diagnose. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-til-barn-og-unge>

[Lest 18. Mars 2019].

Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal faglig retningslinje om demens.

Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/demens> [Lest 18. Mars 2019].

Helsedirektoratet. (2019). *Angst og depresjon* [Internett]. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/angst-og-depresjon> [Lest 10. Mai 2019].

Jain, A., Leka, S., Gerald, I. J. M. Zwetsloot. (2018). *Managing Health, Safety and Well-Being. Ethics, Responsibility and Sustainability*. Sveits: Springer, Dordrecht.

Kincheloe, J. L. (2001). Describing the Bricolage: Conceptualizing a New Rigor in Qualitative Research. *Qualitative Inquiry* [Internett]. 7, (6), s. 697-692.

DOI: <https://doi.org/10.1177/107780040100700601> [Lest 25. Mars 2019].

Kincheloe, J. L. (2005). On to the Next Level: Continuing the Conceptualization of the Bricolage. *Qualitative Inquiry* [Internett]. 11, (3), s. 323-350.

DOI: <https://doi.org/10.1177/1077800405275056> [Lest 25. Mars 2019].

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing. Second Edition*. USA: SAGE Publications.



Lee J. & Thyer, B. A. (2013). Does Music Therapy Improve Mental Health in Adults? A Review. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* [Internett], 23, (5). s. 591-603. DOI: <https://doi.org/10.1080/10911359.2013.766147>  
[Lest 28. Februar 2019]

Lévi-Strauss, C. (1962). *La Pensée Sauvage*. Paris: Plon.

Maratos, A., Gold, C., Wang, X., & Crawford, M. (2008). Music Therapy for Depression. *Cochrane Library* [Internett]. Publisert 23. Januar 2008.  
DOI: [10.1002/14651858.CD004517.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517.pub2) [Lest 28. Februar,

McGlashen, T. H. (1988). A selective review of recent North American long-term follow-up studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin. The Journal of Psychoses and Related Disorders* [Internett]. 14, (4). s. 512-542. Hentet fra:  
<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/14/4/515/1871019>  
[Lest 28. Januar 2019]

Morgan, K., Bartrop, R., Teller, J., & Tennant, C. (2011). A controlled trial investigating the effect of music therapy during an acute psychotic episode. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [Internett], 124, (5), s. 363-371.  
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01739.x>. [Lest 8. Februar 2019].

Müller, W., Haffelder, G., Schlotmann, A., Schaefer A. T., & Teuchert-Noodt, G. (2014). Amelioration of psychiatric symptoms through exposure to music individually adapted to brain rhythm disorders - a randomised clinical trial on the basis of fundamental research. *Cognitive neuropsychiatry* [Internett], 19, (5), s. 399-413.  
DOI: <https://doi.org/10.1080/13546805.2013.879054>. [Lest 8. Februar 2019].

Norsk forening for musikkterapi (2018) *Profesjonskompetanse og karriereveier I*

*musikkterapi. Om spesialutdanning for musikkterapeuter* [Internett]. Hentet fra:  
<https://www.musikkterapi.no/nyheter/2018/9/19/profesjonskompetanse-og-karriereveier-i-musikkterapi-om-spesialistutdanning-for-musikkterapeuter>  
[Lest 13. Mai 2019]

Pavlov, A., Kameg, K., Cline, T. W., Chiapetta, L., Stark, S., & Mitchell, A. M. (2017). Music Therapy as a Nonpharmacological Intervention for Anxiety in Patients with a Thought Disorder. *Issues in Mental Health Nursing* [Internett], 38, (3). s. 285-288. DOI: <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1264516>  
[Lest 27. Februar 2019].

Rappaport, J. (1981). In praise of paradox. A Social Policy of Empowerment over Prevention. *American Journal of Community Psychology* [Internett]. 9, (1), s. 1–25.  
Hentet fra: doi:[10.1007/BF00896357](https://doi.org/10.1007/BF00896357) [Lest 21. Januar 2019]

Rogers, M. (2012). Contextualizing Theories and Practices of Bricolage Research. *The Qualitative Report* [Internett], 17, (48), s. 1-17. Hentet fra:  
[https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol17/iss48/3/?utm\\_source=nsuworks.nova.edu%2Ftqr%2Fvol17%2Fiss48%2F3&utm\\_medium=PDF&utm\\_campaign=PDFCoverPages](https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol17/iss48/3/?utm_source=nsuworks.nova.edu%2Ftqr%2Fvol17%2Fiss48%2F3&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages)  
[Lest 25. Mars 2019].

Rolvjord, R. (2008) *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi. Kapittel: En ressursorientert musikkterapi.* s. 123-137. Oslo: NMH-publikasjoner.

Rolvjord, R. (2008) En ressursorientert musikkterapi. I: Ruud, E. & Trondalen, G. *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi.* Norges Musikkhøyskole: NMH-publikasjoner. S. 123-137.

Ross, S., Cidambi, I., Dermatis, H., Weinstein, J., Ziedonis, D., Roth, S., & Galanter, M. (2008). Music Therapy. A Novel Motivational Approach for Dually Diagnosed Patients. *Journal of Addictive Diseases* [Internett], 27, (1). s. 41-53.  
DOI: [https://doi.org/10.1300/J069v27n01\\_05](https://doi.org/10.1300/J069v27n01_05) [Lest 19. Februar 2019].

- Silverman, D. (2001). *Doing Qualitative Research*. USA: University of Florida.
- Silverman, M. J. (2003). The Influence of Music on the Symptoms of Psychosis: a Meta-Analysis. *Journal of Music Therapy* [Internett], 40, (1). s. 27-40. Hentet fra: <https://doi.org/10.1093/jmt/40.1.27> [Lest 18. Januar 2019].
- Silverman, M. J. (2018). Quantitative comparison of group-based music therapy experiences in an acute care adult mental health setting: a four-group cluster-randomized study. *Nordic Journal of Music Therapy* [Internett], 28, (1), s. 41-59. DOI: <https://doi.org/10.1080/08098131.2018.1542614> [Lest 19. Februar 2019]
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University press.
- Small, C. (1998). *Musicking – The Meanings of Preforming and Listening*. USA: University Press of New England
- Store Norske Leksikon. (2018). *Komorbiditet*. Hentet fra: <https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/harvard/> [Lest 18. Mars 2019].
- Steinberg, S., & Kincheloe, J. L. (2011). Employing the Bricolage as Critical Research in Science Education. I: Fraser, B. J., Tobin, K., & McRobbin, C. J. red. *Second International Handbook of Science Education*. Dordrecht: Springer, s. 1485-1500.
- Stige, B. (2003). *Elaborations toward a Notion of Community Music Therapy*. Doktorgradsavhandling. Oslo, Norge: Universitetet i Oslo, publisert av: Unipub.
- Stige, B., & Aarø, L. E. (2012) *Invitation to Community Music Therapy*. New York & London: Routledge

Stige, B. (2017) Prosjektleiars hjørne. *Polyfon, kunnskapsklynge for musikkterapi* [Internett], 2017, Tilgjengelig fra: <https://us10.campaign-archive.com/?u=fc278c0573acd4be3c76e7f49&id=189c62cb04>

[Lest 23. April 2018].

Solli, H P., Rolvsjord, R & Borg, M. (2013). Towards Understanding Music Therapy as a Recovery-Oriented Practice within Mental Health Care: A Meta-Synthesis of Service Users' Experiences. *Journal of Music Therapy*, 50, (4). s. 244-273.

Talwar, N., Crawford, M. J., Maratos, A., Nur, U., McDermott, O., & Proctor, S. (2006). Music therapy for in-patients with schizophrenia: exploratory randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* [Internett], 189, s. 405-409. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.015073>. [Lest 8. Februar 2019].

Tuastad, L. (2014) *Innanfor og utanfor - Rockens rolle innan kriminalomsorg og ettervern* [doktoravhandling]. Bergen: Universitetet i Bergen

Ulrich, G., Houtmans, T., & Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [Internett], 116, (5), s. 362-370. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01073.x>. [Lest 8. Februar 2019].

Volpe, U., Gianoglio, C., Autiero, L., Marino, M. L., Facchini, D., Mucci, A. & Galderisi, S. (2018). Acute Effects of Music Therapy in Subjects with Psychosis During Inpatient Treatment. *Psychiatry. Interpersonal and Biological Processes* [Internett], 81, (3), s. 218-227. DOI: <https://doi.org/10.1080/00332747.2018.1502559> [Lest 18. Februar 2019]

Williamson, G. S., & Pearse, I. H. (1966). *Science, synthesis, and sanity: An inquiry into the nature of living*. Chicago: Henry Regnery